

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**

**CAMPUS BAIXADA SANTISTA**

**AKEMI NAKASONE PEEL FURTADO DE OLIVEIRA**

**ANOREXIA E BULIMIA – O SOFRIMENTO ENCARNADO NO CORPO**

**SANTOS**

**2013**

**AKEMI NAKASONE PEEL FURTADO DE OLIVEIRA**

**ANOREXIA E BULIMIA – O SOFRIMENTO ENCARNADO NO CORPO**

Monografia apresentada como Trabalho de Conclusão do Curso de Psicologia da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista.

Orientador: Prof. Dr. Sidnei José Casetto

**Santos**

**2013**

Akemi Nakasone Peel Furtado de Oliveira

*Anorexia e Bulimia – O sofrimento encarnado no corpo*

Monografia apresentada como Trabalho de  
Conclusão do Curso de Psicologia da  
Universidade Federal de São Paulo –  
Campus Baixada Santista.

---

Prof. Dr. Sidnei José Casetto – UNIFESP

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Christina Marcondes Morgan

Santos, 19 de fevereiro de 2013.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Prof. Dr. Sidnei José Casetto, pela atenção e pelo apoio durante o processo da graduação e, também, por ter tornado possível a realização deste trabalho.

À prof. Dra. Christina Marcondes Morgan e ao Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA), pela oportunidade de realização da metodologia deste projeto de pesquisa.

Ao meu pai, Luiz Roberto Peel Furtado de Oliveira, pelo incentivo e suporte do início ao fim deste trabalho, acolhendo-me ao longo dos imprevistos.

À minha família, com amor, admiração e gratidão, por sua compreensão, carinho e apoio durante toda a vida.

## RESUMO

Na revisão da literatura psicanalítica sobre a anorexia identificamos alguns temas recorrentes: aspectos sociais, relação com a mãe (mãe-filha), demandas e transformações da adolescência, sexualidade, questões metapsicológicas e imagem corporal. Considerando que um dos critérios descritos pelo DSM IV para caracterização da sintomatologia da Anorexia Nervosa é a distorção da imagem corporal, o objetivo inicial do projeto foi o de discutir a possibilidade de se falar, não em distorção, mas em busca por um ideal de corpo perfeito, concebido como “sem um grama de gordura”, em que nenhuma imperfeição é tolerada. O problema estaria em tentar encarnar um corpo perfeito, não segundo um determinado padrão de beleza, mas segundo um conceito de perfeição incompatível com a vida. A metodologia escolhida foi a de observação de pacientes que já estavam em atendimento em grupo terapêutico no serviço de Hospital-dia do Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA), um programa do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM). Deparamo-nos com o imprevisto de que o grupo que a instituição poderia oferecer naquele momento, para que fossem feitas as observações, era um grupo de terapia com pacientes diagnosticadas com Bulimia Nervosa. Se por um lado a mudança quanto ao diagnóstico do grupo de pacientes a ser observado proporcionou uma desestruturação; por outro lado, a riqueza presente no conteúdo observado estava no próprio fato de esta observação ter sido feita sem um referencial teórico que dirigisse a escuta e a observação. A partir da análise das falas observadas nas sessões do grupo, pudemos pensar os transtornos alimentares da anorexia e da bulimia não apenas como modos patológicos do sujeito se relacionar com a comida, mas como uma colocação em jogo, no corpo, de impasses vividos que articulam aspectos sociais, relações com o outro e formações da imagem corporal e de hipóteses metapsicológicas. O corpo, nesses quadros, impõe-se como objeto de triunfo ou vergonha, pois é nele que se inscrevem os resultados da busca incessante por uma imagem de corpo ideal, por um ideal de completude. A anoréxica busca o corpo perfeito, o corpo “divino”. E, em oposição a essa busca, há a voracidade e o descontrole do comportamento bulímico. Por meio da análise de um referencial teórico a respeito da bulimia, das observações apresentadas na introdução quanto à anorexia e das falas observadas das pacientes, observamos aspectos que nos permitem pensar os transtornos alimentares não só como distúrbios da oralidade, mas também como uma tentativa de defesa do sujeito em que o sofrimento encarnado no corpo se revela como uma apetência pela vida.

Palavras-chave: corpo; anorexia nervosa; bulimia nervosa; imagem corporal

## ABSTRACT

In the review of the psychoanalytic literature on anorexia nervosa we identified some recurring themes: social aspects, relationship with the mother (mother-daughter), demands and changes of adolescence, sexuality, metapsychological issues and body image. Considering that one of the criteria pointed by the DSM IV to characterize the symptoms of Anorexia Nervosa is the body image distortion, the initial goal of the project was to discuss the possibility of speaking not in distortion, but in the pursuit of an ideal of a perfect body conceived as “without any ounce of fat”, where no imperfection is tolerated. The problem was in trying to embody a perfect body, not according to a certain standard of beauty, but according to a concept of perfection incompatible with life. The methodology chosen was the observation of patients who were already receiving treatment in a therapy group in a service of day-hospital of the Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA), a program of the Psychiatry Department of Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM). We faced the unforeseen that the group the institution could offer at the time for observation was a therapy group with patients diagnosed with Bulimia Nervosa. If on one hand this change regarding the diagnosis of the group of patients that would be observed provided a loss of structure; on the other hand, the richness in the observed content was in the very fact that this observation was made without a theoretical reference that directed the listening and the observation. From the analysis of the speech observed in the group sessions, we could think the eating disorders of anorexia and bulimia not only as pathological ways of the subject to relate to food, but as bringing in to play, in the body, of the living difficulties which articulates social aspects, relationship towards the other and building of body image and metapsychological hypothesis. The body, in these disorders, imposes itself as an object of triumph or shame, because it is in it that will be inscribed the results of an incessant search for an ideal body image, or an ideal of completeness. The anorexic aims the perfect body, the “divine” body. And, opposing to this quest, there is the greed and lack of control of the bulimic behavior. Through the analysis of the theoretical reference about bulimia, the observations presented in the introduction about anorexia and the observed speeches of the patients, we observed aspects that allow us to think the eating disorders not only as disturbs of orality, but also as a defense attempt of the subject in which the suffering embodied in the body reveals itself as an appetite towards life.

Keywords: body; anorexia nervosa; bulimia nervosa; body image

## SUMÁRIO

I. Resumo .....	5
II. Abstract .....	6
III. Sumário .....	7
IV. Introdução à Anorexia Nervosa .....	8
IV.I. Aspectos Sociais .....	10
IV.II. Relação com a Mãe.....	12
IV.III. Demandas e Transformações da Adolescência .....	13
IV.IV. Sexualidade .....	15
IV.V. Questões Metapsicológicas .....	16
IV.VI. Imagem Corporal .....	17
V. Metodologia .....	22
VI. Análise dos Relatos dos Encontros do Grupo .....	27
VII. O Sofrimento Encarnado no Corpo .....	39
VII.I. Descrição Psiquiátrica da Bulimia Nervosa.....	39
VII.II. Um Olhar Além dos Sintomas.....	41
VII.III. O Corpo Atravessado pela Cultura.....	42
VII.IV. Entre a Redenção e o Pecado.....	43
VII.V. Hipóteses Metapsicológicas .....	47
VIII. Considerações Finais .....	54
IX. Referências .....	57
X. Anexos .....	58

## INTRODUÇÃO À ANOREXIA NERVOSA

Exister, c'est coexister.

(Gabriel Marcel)

Atualmente, os critérios objetivos utilizados para diagnóstico clínico de transtornos alimentares se encontram descritos no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais em sua quarta edição de 1994 (DSM IV). Trata-se da principal fonte que orienta as práticas da psiquiatria na atualidade, sendo que, para o DSM IV, os dois transtornos alimentares mais importantes são a anorexia nervosa e a bulimia nervosa.

Temos na anorexia nervosa, como critérios diagnósticos fundamentais, a recusa do indivíduo a manter um peso corporal na faixa normal mínima, um medo intenso de ganhar peso e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo, que seria a distorção da imagem corporal. Além disso, as mulheres pós-menarca com esse transtorno são amenorréicas. Apesar de o termo anorexia significar ausência de apetite, essa designação é incorreta, uma vez que a maioria das pacientes sente fome, mas se recusa a se alimentar. O quadro físico é constituído por uma magreza excessiva, olhos fundos, cabelos ralos, sendo que alguns indivíduos desenvolvem lanugo (pêlos finos) no tronco. Também pode haver hipotensão significativa, hipotermia e pele seca e a maioria dos indivíduos com Anorexia Nervosa apresenta bradicardia. Essas características são comuns a um estado de inanição.

Inicialmente, a perda de peso é obtida com a exclusão de alguns alimentos ou grupos alimentares “mais pesados”, mas essa restrição se acentua até abranger quase todo o consumo alimentar. A dieta fica cada vez mais pobre, podendo chegar a ser somente líquida. Além da restrição, para atingir uma perda de peso significativa o sujeito se utiliza também de métodos como o vômito, o uso de laxantes, diuréticos, exercícios físicos em excesso e enemas. A perda de peso acentuada não diminui o medo intenso de engordar, uma vez que a vivência e a importância do peso e da forma corporal são distorcidas nesses indivíduos (Critério C, do DSM IV). O Manual ainda descreve que, enquanto alguns indivíduos acreditam que têm um excesso de peso global, outros percebem que estão magros, mas ainda assim se preocupam com o fato



de certas partes de seu corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas, estarem "muito gordas". O sujeito se utiliza de diferentes técnicas para estimar seu peso, incluindo pesagens excessivas, medições obsessivas de partes do corpo e uso persistente de um espelho para a verificação das áreas percebidas como "gordas".

Ainda de acordo com o DSM IV, a auto-estima desses pacientes depende diretamente de sua forma e peso corporais, e a perda de peso é vista como uma conquista da autodisciplina, enquanto que engordar é visto como um sinal de fraqueza e fracasso.

De acordo com Giordani (2006), haveria ainda a questão de o sujeito assumir a condição anoréxica como forma de constituir sua identidade:

Sueli deleitava-se em sua condição anoréxica: ao se reapropriar de seu corpo, descobre nele a possibilidade de realizar-se, e, ao ritualizá-lo, sustenta sua realidade subjetiva. O trato com o seu corpo é a expressão pura dessa busca de uma nova identidade, e essa estranha sensação de segurança proporcionada pela negação da comida é que alimentava a sua fome insaciável para emagrecer. (GIORDANI, 2006, p. 86)

A partir da escuta de algumas pacientes, Giordani (2006) relata que elas se sentiam pressionadas socialmente para cumprir exigências com relação ao seu corpo e acreditavam que a imagem seria um princípio de inclusão ou de exclusão. De certa forma, ao menos no início da anorexia, o corpo emagrecido possibilitava que se sentissem incluídas.

Eu sempre fui gordinha e tiravam muito sarro de mim, daí enchi o saco e pensei: "Vou fazer uma dieta para emagrecer... vou chegar no colégio magrinha, diferente, pra ver se muda alguma coisa!" Daí fiz dieta e em quinze dias perdi um monte de peso, também cresci e fiquei mais esbelta. Daí, depois comecei a ficar com neurose, vi que não tava magra o suficiente e que tinha que emagrecer mais e mais... daí eu pirei! ... Eu falava que tinha que ser magrinha, nem que fosse um esqueleto... Eu não queria ser magra, queria ser seca entendeu? Não queria ter um pingote de gordura pra ninguém botar um defeito em mim, queria ser perfeita!... Porque a pessoa vendo que as pessoas estão gostando da imagem que ela está passando, ela vai ter uma auto-estima melhor. Eu ainda ligo bastante pra minha imagem, só que agora estou mais auto-confiante! (*Idem*)

A partir da revisão de literatura específica a respeito, identificamos seis grandes temas que estavam presentes e se repetiam na grande maioria dos trabalhos, sendo pontos, a partir dos quais, cada autor construía sua linha de argumentação. Optamos por desenvolver nossa introdução com base nestes temas: Aspectos Sociais, Relação com a Mãe, Demandas e Transformações da Adolescência, Sexualidade, Questões Metapsicológicas e Imagem Corporal; salientando, ainda, que, ao introduzirmos a metodologia, apresentaremos causas e consequências de mudanças em nossos objetivos, decorrentes de alternativas inesperadas que surgiram no decorrer da pesquisa e que a influenciaram grandemente.

### **Aspectos Sociais**

Apesar de haver relatos de casos desde a época das Santas Católicas na Idade Média, nos quais mulheres definhavam em seus corpos emagrecidos, retirando deles quaisquer traços de sensualidade ou feminilidade, a anorexia vem sendo diagnosticada de modo crescente nos últimos tempos, e tornando-se cada vez mais perceptível em um número maior de jovens, tanto do sexo feminino, quanto do masculino, e expandindo-se para outros grupos etários.

Nas duas últimas décadas difundiram-se nos meios de comunicação dietas milagrosas, cirurgias estéticas, medicamentos que prometem auxiliar na queima de gordura e moderar o apetite, juntamente com um aumento exponencial de informações e casos de transtornos alimentares. Scazufca (1998) chama a atenção para o fato de que as considerações sobre a obsessão pelo baixo peso e o medo intenso de engordar, característicos tanto da anorexia quanto da bulimia nervosa, poderiam ser vistos como sintomas decorrentes das exigências sociais contemporâneas de que, para ser bela, a mulher precisa ser magra.

A autora trabalha com as ideias de Silvia Wainstein (*apud* SCAZUFCA, 1998, p. 14) da anorexia nervosa como uma forma de mal-estar em nossa cultura e de que a valorização das imagens seria uma característica do homem pós-moderno. Sendo assim, os valores de mercado e consumo seriam regidos pelas imagens, criadas constantemente. A imagem perfeita e idealizada da *top model* causaria fascínio para

muitas adolescentes, à medida que abriria um campo para a idealização dessas imagens, possibilitando-lhes pertencerem a um grupo semelhante: sujeitos com imagens socialmente aceitas.

Nesse contexto sócio-histórico-cultural, ter um corpo magro seria sinônimo de ser aceito, ser bem-sucedido, enquanto engordar seria um sinônimo de fracasso e não-aceitação. As pacientes tomam para si como máxima essa constatação e são cada vez mais obstinadas em sua busca desenfreada para ter um corpo “perfeito”, sendo que o ideal de “perfeição” inicialmente tido como os corpos das revistas, passarelas e dos programas televisivos, é cada vez mais exagerado. Nunca se está magra o suficiente e assume-se uma postura de insatisfação constante e perfeccionismo que gera frustrações e angústias, uma vez que a imagem tida como ideal está sempre distante e cada vez mais inatingível. Quanto mais se emagrece, mais é necessário emagrecer (SCAZUFCA, 1998, p. 16).

Ao sugerir uma diferenciação entre uma anorexia de base histérica e uma forma clássica do transtorno, Fuks (2003, p. 2) indica que os valores culturais pós-modernos estão inseridos na forma das pacientes justificarem seus comportamentos. Segundo ele, na anorexia histérica, as pacientes buscam se situar no lugar do objeto de algum saber constituído e vigente para serem reconhecidas por alguém que situam como mestre desse saber, estabelecendo com ele um tipo de vínculo peculiar, de idealização e de medo pela possibilidade de decepção. Na forma clássica, “o paciente tende a afirmar um saber próprio sobre o seu mal-estar” (FUKS, *idem*), que se contrapõe tanto às preocupações da família, quanto ao saber dos especialistas.

Fuks (*idem*) propõe que, em toda a relação com o saber e com a verdade na forma clássica, evidencia-se um recurso a uma construção lógica e racionalizante e a uma evidência auto-sustentada, que a torna mais próxima das modalidades paranóica e hipocondríaca do que com a neurose histérica. Atualmente, as construções racionalizantes que justificam as restrições, dietas e métodos compensatórios são legitimados em valores culturais contemporâneos que associam magreza a sucesso, beleza, saúde e felicidade.

Excessivas nas dietas, nas privações, nos exercícios, no próprio modo de firmar-se frente ao outro, na forma não só de aderir ao ideal ascético da magreza, mas também na de querer encarnar esse ideal, essas pacientes se percebem como seres

únicos, especiais, que chegam muito próximo da morte, cujos corpos conseguem sobreviver a condições mínimas que os demais não conseguem. O ideal ascético da magreza que cultuam e com o qual querem se fundir, de acordo com Fuks (*ibid.*), transforma-as em seres especiais e diferenciados, que não estão submetidos nem são escravos das necessidades como os outros.

### **Relação com a Mãe**

Os temas referentes à irrupção da adolescência, à relação da filha anoréxica com a mãe e à sua sexualidade articulam-se de forma complementar em diversos dos autores lidos, embora, para efeitos de clareza da exposição, tenhamos optado por separá-los.

Ao discutir a relação mãe-filha, Sapoznik (2001, p. 7) aponta para um laço de intimidade da ordem do traumático, para um olhar vivido como indecente e incestuoso. Trata-se de uma relação, desde muito cedo, indiferenciada e fusional. Ao mesmo tempo em que a anoréxica não pode se perceber sem a presença intrusiva e incestuosa da mãe, ela deseja se separar dela intensamente. Sapoznik (*idem*) sustenta a hipótese que se trata de uma mãe que, diante de qualquer choro da criança, oferece um “seio onipotente” (seio-alimento), que ela acredita ser capaz de apaziguar qualquer angústia da filha. A questão do desejo da filha fica oculta, “quase estrangulada nessa relação com a mãe”, “a menina permanece aprisionada nesse lugar de quem *deseja não ter desejo*” (*idem*, grifos do autor).

Segundo Sapoznik, ao mesmo tempo em que estabelece uma relação de extrema dependência com a mãe, ela se recusa a comer em uma tentativa desesperada de quebrar de modo violento essa célula narcísica. O que recusa é continuar ingerindo o alimento, pois não reconhece as sutilezas do seu desejo, o que a coloca no lugar paralisante em que se encontra alienada do próprio desejo. Sendo assim, não seria “essa a única maneira contada por algumas pacientes de afirmar o próprio desejo?” (*idem*).

Sapoznik cita Zaltzman (SAPOZNIK, 2001, p. 7), para falar da negação da comida como forma de afirmar um apetite pela vida:

O alimento-amor do qual o anoréxico procura se desfazer é o produto de amálgama muito densa entre um objeto-necessidade e um objeto-desejo. A resposta estereotipada do alimento-amor obrigatório interrompe a emergência de uma apetência pessoal. A resistência a essa anulação de si se exerce pela greve de uma função vital, a fome, e a greve mental do apetite de viver. (Zaltzman, apud SAPOZNIK, 2001, p.7-8)

Desse modo, em oposição ao sentido de alcançar uma união com Deus, que tinham as práticas rituais de restrição alimentar de ordem religiosa, os jejuns e os rituais de restrição alimentar das pacientes anoréxicas têm muito mais o sentido de *ruptura* com o corpo materno.

Fuks (2003, p. 10) também atribui à relação mãe-filha algo vivido no campo do traumático pela menina. O autor aponta a importância do olhar da mãe e como um olhar materno sentido como intrusivo pode ser traumático. Em vez de cumprir, na fase do espelho, o papel de fiadora da relação com a imagem especular, a mãe intrusiva cria uma urgência de separação concomitante com uma impossibilidade da menina se perceber sem ela.

Fuks fala que a anoréxica teria, desse modo, um corpo não plenamente próprio, mas partilhado com a mãe, privando o sujeito de si mesmo e “socavando as bases para o desenvolvimento dos processos identificatórios subsequentes” (*ibid.*, p. 10).

Para o autor, a gênese das dificuldades que estouram na adolescência estaria ligada aos estágios iniciais do desenvolvimento psíquico, e, por isso, com o papel da relação com a mãe. Uma das hipóteses do autor é a de que seriam mães que, com dificuldade de identificar diferentes tipos de choro, responderiam a seus bebês com respostas monotônicas: provisão alimentar, com consequências em processos como “qualificação de intensidades, ligação a palavras, produção de sentidos” (*ibid.*, p. 9).

### **Demandas e Transformações da Adolescência**

Uma das hipóteses de Fuks (2003, p. 7) é a relação da anorexia com a irrupção da adolescência, momento no qual, segundo ele, é desencadeada “uma batalha, intra e inter-subjetiva, entre mãe e filha, deslocada frequentemente para outros territórios” (*ibid.*). Segundo a observação dos casos considerados por ele, esse ideal de auto-

suficiência e fortaleza pessoal se entronca em valores presentes na própria família, que possuiria uma moral de não fraquejar diante das adversidades e perdas. As meninas poderiam, assim, transcorrer silenciosamente pelos lutos ou mesmo bloqueá-los, recusando sofrimento. Segundo o autor, as mães das anoréxicas seriam extremamente “duras”, mais ligadas ao cuidado formal do que à ternura. Elas encorajariam essa postura nos filhos de autonomia frente às responsabilidades escolares, por exemplo.

Com a chegada da puberdade, a adolescente se depara também com um novo corpo, transformado principalmente por um acúmulo de gordura na região dos seios, alargamento dos quadris e o início da menstruação. De acordo com Fuks (*idem*), o ideal anoréxico opera no repúdio de certos aspectos da feminilidade figurados pela imagem de “uma gorda submissa detestável”, que contrasta com a dureza tônica e que denota autossuficiência dos músculos. O corpo feminino com formas mais arredondadas transformado na adolescência seria sinônimo de um corpo frágil e fraco, que vai de encontro com o ideal de onipotência anoréxico.

Com base em Jeammet e Brusset, Scazufca (1998) também trabalha com a questão de que conflitos relacionados à relação de dependência ao objeto também surgem com maior intensidade na adolescência, uma vez que as mudanças corporais fazem com que a adolescente se assemelhe à mãe. O corpo se torna inaceitável, levando a uma reativação de uma indiferenciação insuportável, mas ao mesmo tempo desejada.

Fuks (2003) argumenta nessa mesma direção, dizendo que a adolescência, com seus conflitos próprios entre autonomia e dependência com relação a objetos com os quais não foi possível estabelecer uma diferenciação clara, agudizaria as angústias de intrusão ou abandono anteriores ao período de latência. O sujeito ficaria, desse modo, exposto a sentimentos intensos de desamparo. Fuks (2003) diz, então, que a adesão (ou fusão) com o ideal e o controle onipotente entrariam na equação como forma do sujeito tentar anular ou compensar essas vivências por meio de uma inversão passivo-ativa.

## Sexualidade

As mudanças corporais remetem também a um corpo dotado de sexualidade, um corpo feminino, de mulher, de mãe. De acordo com Scazufca (1998), o drama que brota no corpo da anoréxica como uma recusa de um corpo de mulher diz respeito à relação dela com a mãe, às suas experiências primárias com o objeto materno e, também, com a figura do pai que parece colado a esse objeto. A necessidade de controle e do ideal onipotente, dentre outros fatores, conduziriam a duas dimensões de conflitos fundamentais, tanto na anorexia, quando na bulimia.

No primeiro caso, temos uma dimensão, segundo Brusset (*apud* SCAZUFCA), da indiferenciação parcial sujeito-objeto, que será localizada de maneira defensiva no corpo sexuado que identifica a anoréxica à sua mãe. Como as identificações secundárias se estabeleceriam sobre essa identificação primária fusional, a organização edipiana não poderia ocorrer, uma vez que o pai tende a ser nada além de um duplo da mãe.

A segunda dimensão é a da “ambivalência amor/ódio” (SCAZUFCA, 1998, p. 98). Se há uma indiferenciação sujeito-objeto, a perda do objeto equivale a uma perda do eu. Não existe a possibilidade de uma elaboração simbólica da atividade introjetiva, que resultaria num luto do objeto. Paralelo a uma dependência do objeto, temos uma tendência à eliminação pelo movimento aditivo de domínio do objeto. Unindo-se à mãe, a adolescente se protege do abandono e do desamparo, atingindo um ideal de completude às custas de uma perda dos limites da individualidade que cria um sentimento de dependência aniquilante e que é sentido como algo que precisa ser destruído.

Com relação à sexualidade, Fuks (2003, p. 8) desenvolve uma explicação metapsicológica de que a autossuficiência da filha seria uma defesa contra o conflito edipiano (modalidade histérica), mas existiria principalmente como algo a serviço da recusa – “recusa da indiferenciação sexual, da castração, e da morte; mas, também, da alteridade do objeto, da passagem do tempo e das mudanças que ele produz no corpo” (*idem*). Recusando a comida, a anoréxica recusa as leis da própria natureza.

## Questões Metapsicológicas

Optamos por separar em um item as explicações referentes à Metapsicologia da Anorexia Nervosa delineadas por cada autor, visto serem concebidas, ainda, como hipóteses que, ainda que dialoguem em alguns momentos, mostram-se bastantes distintas em outros.

Com relação à importância da relação mãe-filha, Fernandes (2006) retoma a função de para-excitação materna. A mãe funcionaria como um primeiro escudo protetor entre o bebê e o mundo, sendo responsável por não estimular a criança nem demais nem de menos. A subestimulação produz um desamparo; entretanto, uma mãe excessivamente presente não permite que a criança desenvolva o autoerotismo, recurso por meio do qual o sujeito se tornaria mais independente. Desse modo, o indivíduo que conseguir realizar a fusão das pulsões de vida e morte será aquele cuja mãe é capaz de se ausentar gradativamente.

O cuidado e a introjeção não precária da função de para-excitação materna é que possibilitariam ao sujeito desenvolver os mecanismos de recalque e representação. Caso a função de para-excitação materna não tenha sido suficiente, o sujeito não conseguirá introjetá-la e, quando na adolescência houver um incremento nas pulsões, a fusão precária acarretará uma desfusão pulsional. Nesse caso, não se operará grande simbolização, e os mecanismos operantes serão os da clivagem e recusa que observamos na anorexia.

Sapoznik (2001, p. 8) acredita que há uma forte relação da anorexia com a questão do traumático, de acordo com suas experiências clínicas. Freud, em *Além do Princípio do Prazer*, afirma que todo organismo vivo possui um escudo protetor contra estímulos externos, protegendo de uma excitação muito intensa que beira o intolerável. Para a excitação interna, entretanto, não haveria a mesma proteção: “Se a excitação interna é demasiadamente poderosa e causadora de desprazer, há uma tendência de tratá-la como estímulo externo através do mecanismo de projeção” (SAPOZNIK, *idem*). Seria a dominância do princípio do prazer – o que era interno passa a ser externo.

As situações traumáticas, por sua vez, viriam de fora, do externo, e seriam suficientemente fortes para atravessar esse escudo protetor. Sapoznik (2001)



questiona se o trauma seria devido a um evento único ou poderia ser pensado como sucessão de experiências invasivas que se acumulam. Para isso, utiliza-se do conceito de trauma acumulativo de Masud Khan. Para esse autor, o papel da mãe, desde o nascimento até a adolescência, é de escudo protetor para seu filho, e o trauma acumulativo seria devido a rachaduras nesse escudo protetor em tempos pré-verbais, na relação mãe-bebê.

Sapoznik (2001, p. 10) apresenta o que se torna traumático nessa relação: a ilusão de onipotência, vivida desde muito cedo, reduz ao sujeito a possibilidade de interiorizar a representação psíquica da morte, não a morte concreta, mas as “vivências de perda, de ausências, de limites fundamentais e constitutivos para o psiquismo” (*idem*).

### **Imagem Corporal**

Um dos principais critérios para diagnóstico que consta no DSM IV, com relação aos transtornos alimentares, é de que há, nestes casos, uma “distorção da imagem corporal”. Utilizaremos o conceito de Dolto (2001), a respeito de imagem corporal, para entender as suas relações com o transtorno da Anorexia Nervosa.

Em seu livro *A Imagem Inconsciente do Corpo*, a autora inicia fazendo uma diferenciação entre o que chama de esquema corporal e a imagem inconsciente do corpo. Segundo Dolto, temos que o esquema corporal é, em princípio, o mesmo para todos os indivíduos (aproximadamente de mesma idade, em um mesmo ambiente); a imagem corporal, em contrapartida, é peculiar a cada um; já que está ligada ao sujeito e à sua história. “Ela é específica de uma libido, em situação de um tipo de relação libidinal” (DOLTO, 2001, p. 10).

É por meio do esquema corporal que o sujeito vai objetivar sua imagem corporal, sendo que a estruturação da imagem corporal se dá pela historicidade de cada sujeito, nas suas relações com os outros:

A Imagem Corporal é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas através das sensações erógenas eletivas, arcaicas e atuais. É a cada momento, memória inconsciente de todo o vivido relacional, ao mesmo tempo,

ela é atual, viva, em situação dinâmica, simultaneamente narcísica e inter-relacional: camuflável ou atualizável na relação aqui e agora. (DOLTO, 2001, p. 14)

No que diz respeito ao conceito de imagem corporal podemos falar de uma dimensão corporal – não a realidade carnal do contato com o mundo físico, que para a autora seria o esquema corporal – mas de uma dimensão que é animada pela comunicação relacional com os outros, as trocas linguageiras de sujeito para sujeito.

A imagem inconsciente do corpo ganha sentido no momento em que o sujeito começa a ter conhecimento de sua imagem visível para os outros. Segundo Dolto, como tudo que vem do inconsciente, só teremos notícias da imagem corporal pelo que falhar:

Uma imagem se lê numa parte dolorosa do corpo: é aí que sou o lugar doloroso de alguém, eis aí onde se situa o sujeito que defende a articulação ao seu eu. A dor faz parte da imagem do corpo, como lugar sensível onde o sujeito pode conter seu eu, ou mesmo seu corpo, pois, para nós, o corpo é ao mesmo tempo uma parte inconsciente do eu e o lugar de onde o sujeito pode dizer eu. (DOLTO, 2001, p. 12)

A imagem do corpo é, assim, uma imagem metafórica que relaciona o sujeito ao outro, pois o “eu” se constitui a partir da identificação ao outro, ao objeto. Uma imagem do corpo “adoecida” pode estar denunciando falhas nesta relação “eu-outro”, ou mesmo “eu-objeto”.

Scazufca (1998) nos convida a pensar que, ampliando nosso olhar sob uma ótica psicanalítica, não se trata, na anorexia, de uma imagem corporal distorcida da realidade, mas sim busca por um ideal de corpo ascético, em que nenhuma imperfeição pode ser tolerada. O corpo ideal estaria “amarrado” a um ideal de ser auto-suficiente e não precisar do outro.

A autora denuncia que o aumento do número de casos de transtornos alimentares e do consumo de dietas, intervenções estéticas e medicamentos emagrecedores estaria associado principalmente às mulheres jovens e à imagem de um corpo ideal, à perfeição, ao excesso e à morte. Pensando em sua experiência clínica e em nosso momento histórico, em que se valoriza o consumo de imagens, Scazufca (1998) acredita que essa dinâmica tende a propiciar o surgimento de uma obsessão

pelas imagens, característica importante de patologias como a anorexia e a bulimia nervosa.

A autora diz que, na clínica, escuta-se frequentemente que a anorexia teve início após um período em que a adolescente passou a viver em função de tentar emagrecer, com o objetivo de que assim se tornaria linda como a imagem de uma *top model*. Entretanto, os esforços para tentar emagrecer não lhe garantiam conseguir essa imagem perfeita que tanto idealizava, o que lhe gerava a frustração de não conseguir atingir uma imagem perfeita e que reforçava a sua obsessão pela mesma, como um círculo vicioso.

Scazufca continua sua argumentação dizendo que o cuidado com a imagem corporal seria um meio de o sujeito buscar a perfeição em um “narcisismo militante” (SCAZUFCA, 1998, p. 16). A busca pela beleza tornar-se-ia um fim em si mesmo e o padrão de beleza colado com o ideal se tornaria uma figura mítica. A *top model* encarnaria esse mito, não sendo apenas bela: ela representaria a beleza. E a falha, que é tão inerente ao humano, estaria colocada de fora da equação, excluída dessa imagem perfeita.

Fuks defende a fusão com o ideal como a convicção que sustentaria o saber sobre si das pacientes anoréxicas, a sua condição onipotente e o suporte da energia inesgotável. A base para o ideal seria essa proximidade da morte e o seu triunfo sobre ela. Considerando aspectos históricos, Fuks (2003, p. 7) evoca a identificação com o ideal que ocorreria com as santas que se entregavam a jejuns prolongados. “Essa aproximação da morte e o triunfo sobre ela” garantiam a elas a sua divinização, como se as leis que se aplicavam aos outros não se aplicassem a elas (*ibid.*).

Entretanto, apesar da fusão com o ideal e do controle onipotente, por que a anoréxica buscaria continuamente uma magreza cada vez mais acentuada e que nunca pareceria ser suficiente?

Para Scazufca (1998, p. 18), a imagem do corpo ideal reflete a imagem de um corpo completo que não será, ou não seria, submetido à falta. O ideal de ego da anoréxica, para Scazufca, aparece amarrado ao rastro do ego ideal, a um poder de satisfação onipotente, que tudo pode e, ao mesmo tempo, que não precisa de nada. Essa condição seria possível por meio do corpo ideal; a perfeição a afastaria das falhas

e da própria condição humana. Sendo assim, não haveria distorção de imagem, mas a busca por uma imagem do corpo ideal, ainda que “desvitalizada, assexuada” (*Ibid.*).

Para Fuks (2003, p. 11), a sujeição e a fusão com o ideal operariam uma espécie de triunfo maníaco sobre o objeto. Contrapondo-se às vivências de fragilidade narcísica, teríamos um reforço da representação unitária do eu que impõe uma censura e bloqueio de sensações e impulsos, formações de afeto e representação, suscitados a partir das fontes erógenas de estimulação. A anorexia, para o autor, seria uma patologia narcísica e, como tal, serviriam aos seus objetivos os campos da imagem, da motricidade e da agressividade, “às custas da renúncia ou de um subdesenvolvimento erótico-afetivo” (*idem*).

O corpo ideal seria um corpo puro, sem pulsação, desencarnado e o ideal anoréxico repudiaria, particularmente, aspectos da feminilidade associados à passividade e à dependência. A conduta anoréxica implicaria a assunção triunfante de um ideal ascético à medida que a menina tentaria anular o corpo pulsional e sexuado. Scazufca também inscreve o ideal anoréxico como um ideal de corpo sem pecados, ou seja, um corpo sem sexualidade, sem investimentos. A imagem do corpo ideal é a de um corpo auto-suficiente, que independe do outro.

Fuks sugere que a tirania narcísica do ideal, o domínio do idêntico e a onipresença dos mecanismos de recusa imporiam um regime de funcionamento no qual o recalque tende a se colapsar, tornando-se

vigente um funcionamento que está além do princípio do prazer, no regime do traumático, da compulsão à repetição, da suspensão ou abolição de produção de ligação e emergência de sentido, pelo efeito puro (...) da imposição de um regime narcísico associado a um ideal absoluto e do fechamento do espaço psíquico. (2003, p. 13)

Seria um funcionamento próprio das neuroses narcísicas. Os comportamentos alimentares e os exercícios físicos são meios pelos quais a menina induz sensações corporais, erigindo o corpo como fronteira entre o exterior e o interior. De modo que “se instituiria uma tendência ao escoamento de todas as tensões pela via comum e indiferenciada da descarga qualitativa sensório-motora” (*ibid.*, p. 13). Fuks aplica,

assim, o modelo explicativo elaborado por Freud para dar conta das neuroses atuais, em que temos um fechamento do espaço intrapsíquico.

O corpo, assim como a sua relação ou não-relação com o outro e com o alimento, funcionaria, para a anoréxica, como a sua marca no mundo, seria, de certo modo, a sua identidade, sua forma de existir. O paciente, em busca de uma perfeição, teria como meta uma proposta desde o início inatingível, uma vez que o seu auto-aperfeiçoamento, sua vigilância e perfeccionismo obsessivo, fazem-no ser cada vez mais rigoroso consigo mesmo, tendo padrões de beleza ou perfeição cada vez mais rígidos em sua busca incessante por aceitação ou pelo corpo ideal.

## METODOLOGIA

Por sabermos da gravidade que apresentam os pacientes com transtorno alimentar, do alto número de recidivas e das dificuldades que envolvem o tratamento desses pacientes, optamos pela escolha de uma metodologia de observação de pacientes que já estivessem em atendimento em uma Instituição de referência, em grupos de terapia. Nossa observação foi realizada em um grupo de pacientes que já existia, independentemente deste projeto, como uma das atividades oferecidas aos pacientes em Hospital-dia do Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA).

Trata-se de um programa do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM), que iniciou suas atividades em 1994, a partir da reunião de profissionais que pesquisavam e assistiam a pacientes com transtornos alimentares em dois programas específicos então existentes no mesmo departamento: o PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes) e o PRODOC (Programa de Distúrbios Obsessivo-Compulsivos).

Segundo descrição da página virtual da instituição, desde 1994 o PROATA presta assistência especializada e gratuita a pacientes adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos portadores de transtornos alimentares, atendidos predominantemente em regime ambulatorial. Em casos de urgência ou gravidade que determinam cuidados hospitalares intensivos, o PROATA conta com a retaguarda do Pronto Socorro de Psiquiatria e enfermarias (clínicas ou psiquiátrica) do complexo do Hospital São Paulo. Desde 2007, o PROATA ampliou suas atividades assistenciais e também oferece tratamento semi-intensivo no CAPS-Itapeva. De acordo com a gravidade do paciente, o encaminhamento para cada local de atendimento é definido pela equipe de profissionais responsáveis por cada caso.

Em ambas as unidades (PROATA-HSP/EPM e PROATA-CAPS), o atendimento é realizado por uma equipe interdisciplinar, constituída por psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, nutrólogos e terapeutas ocupacionais.

Como uma das formas de tratamento, o programa conta com alguns grupos terapêuticos oferecidos pela instituição na unidade PROATA-CAPS, para os quais os

profissionais podem fazer o encaminhamento, incluindo seus pacientes nessas mesmas atividades.

Conforme a demanda e as pesquisas que são realizadas em determinado momento, são oferecidos diferentes tipos de grupo. Por se tratar de um serviço-escola que oferece curso de especialização para estudantes de psicologia, psiquiatria e nutrição, dentre outros, haveria também a possibilidade de já haver muitos observadores para um determinado grupo e eu ser designada para observar outro. De acordo com a psicóloga responsável pelo setor, às vezes há mais observadores que pacientes, e, por isso, seria necessário conversar com a equipe para saber que grupo seria possível observar.

Nossa proposta era a de que a participação do pesquisador no grupo fosse realizada apenas pela observação de sua dinâmica e pela escuta da fala das pacientes, não havendo registros feitos de qualquer forma durante as sessões do grupo, nem intervenções do observador, para a proteção do voluntário e para que a qualidade da observação fosse a melhor possível.

Este estudo seguiu todas as orientações do Conselho Nacional de Ética na Pesquisa, tendo sido submetido para análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo antes de qualquer processo de coleta de dados.

Entendemos, também, a necessidade da formalização da anuência para participar da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Apesar de o serviço prestar atendimento a pacientes a partir dos 12 anos de idade, no grupo observado, contamos com a participação apenas de pacientes já maiores de idade, não sendo utilizados Termos de Assentimento para menores e Termos de Consentimento para os pais.

Ao longo do percurso deste projeto ocorreram alguns imprevistos, próprios de uma pesquisa em que a metodologia envolvia a observação de pessoas atendidas em um serviço público.

No momento em que realizei as observações, só estavam se iniciando, ou estavam em andamento, grupos com pacientes com diagnóstico de bulimia. A psicóloga do setor me explicou que os grupos eram pensados de acordo com o perfil das pacientes que haviam passado em triagem naquela época e variavam de acordo

com a demanda. Naquele momento, percebiam a demanda de uma escuta individual para as pacientes com anorexia nervosa e que não era possível pensar um trabalho de grupo para estas pacientes. Todavia, havia muitos casos de bulimia e do transtorno do comer compulsivo, havendo necessidade de se iniciar grupos de terapia para estes pacientes.

Deparei-me com o imprevisto de que o grupo que a instituição podia me oferecer naquele momento para que eu fizesse minha observação era um grupo de terapia com pacientes diagnosticadas com Bulimia, ainda que a introdução de minha pesquisa e o seu objetivo tivessem como foco a distorção de imagem na Anorexia e não na Bulimia.

O grupo estava se iniciando e eu poderia observá-lo desde as primeiras sessões. Tratava-se de um grupo de Terapia Interpessoal, coordenado por duas psicólogas da instituição, e composto por sete pacientes. Por se tratar de uma mudança que eu não pudera prever, deparava-me com o fato de que realizaria uma escuta das falas das pacientes no grupo sem ter feito uma pesquisa bibliográfica sobre o transtorno e sobre este tipo de intervenção em grupo. A observação seria feita para somente depois ser pensado o que seria analisado dela, e assim definido um objetivo para a pesquisa, numa sequência inversa à da pesquisa tradicional.

Essa mudança quanto ao diagnóstico do grupo de pacientes a ser observado proporcionou uma desestruturação e um sentimento da própria pesquisa ter sido entregue ao caos, a partir do qual só nos foi possível pensar, após o período de observação, o que seria feito. Por outro lado, a riqueza presente no conteúdo observado estava no próprio fato de esta observação ter sido feita sem um referencial teórico que dirigisse a escuta e a observação.

### **Breve descrição da Terapia Interpessoal**

O grupo de Terapia Interpessoal se caracteriza como um grupo de terapia focal que conta com duas entrevistas iniciais, nas quais os terapeutas recolhem a história de vida de cada paciente e observam qual seria o diagnóstico e qual poderia ser o foco de trabalho no grupo para cada indivíduo. Após dois encontros iniciais, os terapeutas fazem o que chamam de “resumo” do que foi colhido nas entrevistas e o expõem para



o paciente. Há também a devolução de qual teria sido o foco individual diagnosticado para o sujeito e o que seria trabalhado no grupo, perguntando-lhe se concorda com a questão destacada pelas terapeutas ou não.

Após essa fase inicial individual, inicia-se um período de cinco sessões para a vinculação das participantes (mulheres jovens, via de regra) com o grupo. Nesse período, prioriza-se a criação do vínculo entre o grupo e entre as pacientes e aparecem as histórias de cada uma, havendo uma nova confirmação quanto ao foco de trabalho ser realmente aquele detectado inicialmente. Nesse momento, fala-se bastante do Transtorno Alimentar (Bulimia) e da doença propriamente dita com seus sintomas, implicações e consequências.

Após essas sessões de vinculação, seguem-se oito sessões de implementação, nas quais o objetivo é que o foco dos encontros saia da bulimia e siga em direção ao foco individual de cada paciente no grupo. Nessa fase são discutidas medidas de mudança de comportamento mais funcionais. Em seguida, são feitas mais cinco sessões de continuidade.

Nossa proposta metodológica era a de que a transcrição fosse feita apenas após o término das reuniões do grupo, a fim de que, como já foi mencionado, o registro pela memória do observador permitisse uma reconstituição do grupo permeada pelas relações que foram estabelecidas nele no momento em que se constituía e atravessada pela percepção do próprio observador. Entretanto, essa metodologia foi aplicada apenas nas três primeiras sessões do grupo, sendo estas as consideradas para que fosse feita a análise das falas.

O procedimento padrão nesses grupos é que o registro seja feito por um observador durante o grupo do conteúdo emergente para que seja anexado na pasta do projeto, para posteriores consultas. No momento em que acompanhei o Grupo de Terapia Interpessoal, não havia um observador que registrasse, e os terapeutas pediram que eu fizesse o registro. Apesar de ir contra a metodologia do projeto, as demais sessões observadas foram transcritas durante o grupo. Percebemos que houve uma dificuldade com relação à transferência permanecendo no grupo e que o registro, durante o encontro, tornou-se um modo do observador se perceber mais protegido, menos “observado”.

Acreditamos, entretanto, que o conteúdo dos três primeiros grupos observados, de acordo com a metodologia proposta, foi suficiente para que este projeto de pesquisa fosse pensado, o que fez com que debruçássemos nosso olhar somente sobre eles, posto que uma maior liberdade interpretativa foi conseguida.

## ANÁLISE DOS RELATOS DOS ENCONTROS DO GRUPO

A partir da leitura dos relatos feitos após o término dos três primeiros encontros do grupo de Terapia Interpessoal, procuramos detectar pontos em comum nas falas das pacientes que pudessem dizer algo a respeito da imagem do corpo na bulimia. Procuramos nos debruçar sobre as falas das pacientes e considerar, sobretudo, as dinâmicas observadas, almejando a identificação de tópicos ou categorias que as agrupassem e apontassem para características psicológicas do transtorno.

Algo que vimos como característica das pacientes anoréxicas - um perfeccionismo exacerbado e uma exigência de serem as melhores em tudo: a melhor filha, a melhor aluna, ou o melhor corpo – percebemos também nas pacientes com bulimia: *“Clara (...) falou um pouco de si, dizendo que era bastante controladora, pegando muitas responsabilidades e querendo ser a melhor em tudo. Essa fala causou muitos comentários, uma vez que muitas delas se identificaram com essas características (Luiza principalmente). As duas disseram que se sentiam obrigadas a ter que tirar 10 sempre e, mesmo quando isso acontecia, ainda assim se sentiam burras”*. Em outro momento, na mesma sessão, Clara disse que era bastante perfeccionista, relutando até mesmo em completar essa frase, demonstrando talvez a exigência que tinha consigo mesma de acertar em tudo e de ser responsável por todas as coisas que pudessem dar errado. Luiza concordou veementemente, disse que preferia fazer tudo sozinha para ficar em seu padrão do que seria bom. Disse não confiar que os outros fariam tão bem quanto ela, pois teria que corrigir tudo depois, caso atribuísse alguma tarefa a outra pessoa. Ambas concordaram, entretanto, que esse comportamento trazia um grande sofrimento, pois sentiam *“carregar o mundo nas costas”*, ficando sobrecarregadas e sentindo que não havia nada que pudessem fazer a respeito, pois não pediam ajuda (...). Afinal, *“a ajuda não faria tão bem quanto elas”*.

Concomitantemente a essa desqualificação do outro como nunca sendo capaz de fazer tão bem quanto elas, havia também uma aparente supervalorização do próprio fracasso, como se o olhar dos outros estivesse sempre pronto para reprová-las e como se necessitassem do que acreditavam ser a sua aprovação. É o que vemos na fala de Marisa, ao observar para a outra paciente o quanto essa importância

demasiada que davam à crença dos que os outros achavam delas as prejudicava. A paciente *“disse que o problema de todas era que elas davam muita bola para o que pensavam delas. Ela falou com bastante firmeza e Clara concordou com ela. Marisa explicou um pouco sobre si, disse que sempre fez muita dieta, emagrecia, ficava magra e sentia muita pressão quando engordava, mesmo que fosse pouco. Contou que no seu trabalho percebia que davam muito valor à aparência e que tudo se tornava motivo para fofoca. Ela explicou que teve filho, engordou muito e ficaram falando sobre isso. Falou que além de sua própria cobrança (também revelou ser muito perfeccionista), havia a dos outros de seu trabalho”*. Marisa contou que fez duas plásticas (abdômen e mama) e que o hospital inteiro, onde trabalha, ficou sabendo. Há dois meses colocou balão gástrico e não contou para ninguém, só para que não houvesse mais cobranças.

Tentar atender às pressões sociais e do meio em que convivem parece mostrar a ideia de um corpo *“ajustável”*. Um corpo que pode ser aperfeiçoado e que ignora as possibilidades dos corpos de cada uma delas, fazendo com que o sujeito acredite que, caso se esforce, conseguirá o corpo perfeito, o casamento perfeito, a vida perfeita. Quando não consegue, parece paralisar frente a tudo, dizendo que não sente vontade de fazer nada, nem estudar, nem trabalhar.

Seus fracassos e sucessos parecem ser avaliados pelo olhar do outro, mantendo-as à mercê de seu julgamento, seja em seus trabalhos ou mesmo em suas famílias, assumindo um caráter persecutório em que se sentem alvo de fofocas e olhares de reprovação na maior parte do tempo. A condição de serem felizes parece estar amarrada a conseguirem a aprovação do *“outro”*, ou ao que elas inferem que o outro pense sobre elas: *“toda a fofoca e pressão incomodam bastante”*. Luiza comentou sobre uma piada que ouviu, que *“gordo, quando come em público, faz com que todos fiquem olhando, e disse que tinha essa impressão, comendo sempre escondido”*. Aqui, podemos também supor o quanto o julgamento do outro, quando as percebe comendo, estaria ligado a uma reprovação de um ato vergonhoso: a perda do controle, a desmesura, o pecado da gula.

O comportamento alimentar compulsivo esteve ligado, na história humana, ao pecado da gula, a algo ruim, que afasta do corpo puro, santo, ideal (objetivo da anoréxica). Comer está em oposição ao caráter de redenção da restrição, o jejum. Se na anorexia temos o orgulho de não comer, na bulimia temos a vergonha de comer, de

ter fome, de não conseguir controlar o impulso. Enquanto na anorexia temos o controle, na bulimia o que se sente é o caos.

*“Cecília falou que estava tentando mudar seu olhar, mas que ainda tinha medo de mudar e desejava, às vezes, que pudesse ser anoréxica, raquítica”.* Olhei para ela e me lembrei de algo que ouvira de um psicólogo numa mesa redonda sobre Transtornos Alimentares do 2º Congresso Médico de São Carlos, sobre transtorno alimentar: *“o sonho de toda bulímica é ser anoréxica”.* Se, na bulimia, a paciente carregava todas as frustrações de ceder à comida, vomitar e não ter o corpo ideal, na anorexia, por sua vez, a paciente seria vista como vitoriosa, não cedendo a nenhuma tentação, e conseguindo não comer. Como faces de uma mesma moeda, o triunfo e o orgulho anoréxico de conseguir fazer a restrição alimentar, não cedendo às pulsões ligadas à carne, estabeleceriam uma contraposição à vergonha perante o descontrole do ato bulímico.

Em outro momento, observamos o quanto ter que olhar para seus episódios de descontrole alimentar as afetava: *“Cecília (...) ‘explodiu’ e começou a falar de forma acelerada e alto que havia piorado muito desde que começara a participar do grupo. A menina parecia desesperada, chorando muito e parecendo sofrer quando assumia essa piora”.* A fala da menina parecia retratar o quanto ceder ao descontrole a deprimia e a afastava ainda mais de um ideal de completude. Ter que assumir seus fracassos no grupo e tornar visível à mente o que a compulsão tentara afastar do psíquico parecia desestabilizar ainda mais a fraca estrutura que tinha.

*“Cecília disse que até mesmo quando dormia seu cérebro pensava em como ela era gorda e em como seria bom ser magra, relembrando que ela tinha sido (quando era anoréxica) e que se sentia desesperada de pensar que não era mais”.* Retomando o conceito de imagem inconsciente do corpo de Dolto (2001), podemos dizer que a imagem corporal de Cecília estava marcada pela memória que tinha de ter sido magra e das impressões de que aquela magreza era o que poderia fazê-la feliz e bonita novamente. Essa memória inscrita em sua imagem corporal a assombrava. Ainda na mesma sessão, em outra fala, a paciente disse que para *“mudar só se ela fosse outra pessoa”.*

Cecília vivera os dois lados da moeda, o orgulho anoréxico e a vergonha bulímica: *“Ela disse que se sentia frustrada porque antes conseguia passar muito*

*tempo sem comer nada e, quando tinha compulsão, conseguia vomitar tudo. Hoje, ela disse que não fazia mais jejum e que tinha a compulsão, ficando pior ainda porque continuava se sentindo cheia depois de vomitar”.* Novamente a restrição alimentar aparecia como motivo de orgulho e a gula como um fracasso, um descontrole, uma desmesura tão grande que fazia com que a paciente tivesse novamente a compulsão.

Diante de uma imagem de si rebaixada e de uma autoestima condicional ligada a uma personalidade perfeccionista que dita comportamentos alimentares restritivos, e uma condenação própria, caso surja o fracasso, há uma preocupação extrema em atingir uma imagem de corpo e peso idealizados. Para conquistá-los são impostas ao corpo medidas restritivas e comportamentos perfeccionistas muito difíceis de serem mantidos, que geram muito sofrimento psíquico quando não são atingidos, desencadeando episódios de compulsão alimentar. Diante da vergonha do descontrole alimentar, o sujeito se utiliza de métodos compensatórios como purgação, autoflagelo e exercícios físicos extenuantes. Entretanto, essas medidas não são suficientes para expiar a culpa pelo descontrole, e o sujeito infere sobre si mesmo um novo “ataque”, uma vez que se deparar com o descontrole o afasta ainda mais do ideal que traria a promessa de completude. Como exemplifica o seguinte relato: *“não conseguir ficar sem comer, como quando era anoréxica, era uma vergonha, um fracasso, uma prova de meu descontrole, da fraqueza que permanecia em mim”*, o que, provavelmente, retroalimentava um ciclo-vicioso de culpa e compensação.

À imagem do corpo ideal, teríamos associada à crença de que todos os problemas seriam resolvidos caso o corpo perfeito fosse atingido, que a imagem de corpo ideal traria a completude. O caminho para o corpo puro passava pelas restrições e pelos jejuns. A frustração de não conseguir mais obedecer às práticas restritivas e ficar sem comer para emagrecer só aumentava o sofrimento, e a paciente recorreria a outra compulsão. A imagem do corpo ideal a libertaria de toda falta e de sentimentos como desamparo e abandono; entretanto, o descontrole alimentar denunciava à paciente o quanto estava aquém desse ideal, o quanto não era plena, completa, aproximando-a do vazio e da falta. A falta seria, assim, causa e consequência dos comportamentos bulímicos. A compulsão viria para suprir um vazio e faria com que esse vazio fosse sentido. Pensando dessa forma, poderíamos compreender o comportamento bulímico como um comportamento aditivo, em que o sujeito mantém

uma relação de adição com o alimento, percebendo-se prisioneiro de suas compulsões e purgações.

Olhar seu corpo diferente do que tinha como ideal fazia com que Cecília se inscrevesse num ciclo bulímico, em que ceder às compulsões estava ligado aos sentimentos de vergonha e culpa pelo descontrole alimentar e também por não ter conseguido vomitar tudo. Entretanto, a paciente provavelmente nunca iria sentir a sensação de vomitar tudo, pois não era da comida que ela tentava se preencher e se esvaziar.

*“Cecília suspirou e disse que no seu trabalho estava ruim porque todas as pessoas com quem trabalhava eram magras e ainda assim ficavam reclamando que não estavam bem, o que a revoltava ainda mais. Ela disse que suas colegas de trabalho achavam que bulimia era frescura e que isso a incomodava muito, pois além de ter uma frescura, ainda era gorda”.*

Enquanto na anorexia o sujeito exibe seu corpo esquelético como forma de troféu, o corpo na bulimia parece denunciar todo o descontrole e o caos que o afastam de um corpo ideal. O corpo bulímico, na maior parte dos casos acima do IMC considerado saudável e às vezes dentro de índices ligados à obesidade, carrega em si próprio e expõe a todos o “peso” do descontrole alimentar conforme expõe também, na balança, o quão longe estaria do peso ideal.

*“Cecília contava tudo chorando muito (...). Disse que descontou em todos de sua família e todos que estavam por perto, “como um tsunami””. A figura escolhida do tsunami apareceu no terceiro encontro do grupo na fala de duas pacientes. Enquanto uma paciente relatara que os tsunamis estariam sempre em seus pesadelos, Cecília havia escolhido a mesma imagem para dizer que ela era um tsunami e podia estar destruindo a todos. A figura do tsunami nos fez pensar se elas atribuíam a si mesmas um potencial destrutivo muito grande. Será que elas estariam acreditando que podiam destruir os outros com quem se relacionavam e se culpavam por isso? Que relação paradoxal elas estabeleceriam com este outro que ao mesmo tempo as julgava e fazia cobranças, e que, talvez, estivesse em suas mãos? Ao mesmo tempo em que atribuíam uma importância desmesurada ao olhar do outro, em outras falas pareciam demonstrar que o outro estaria à sua mercê, podendo ser destruído por elas e não sendo forte para aguentar o que elas pareciam suportar.*

Outra característica que pareceu ecoar na fala de algumas pacientes foi em relação a um desejo de voltar a ser criança. Luiza disse que brigava muito com a mãe, pois sentia que ela a tratava como uma criança. A paciente relatou sentir muita falta do pai e que era muito mais apegada a ele do que à mãe. Ele a protegia de tudo, ajudando com suas contas, acolhendo-a, quando estava triste ou quando algo dava errado. Desde que ele faleceu não havia mais quem a socorresse quando não conseguia dar conta de *“problemas adultos”*, como quando tinha compulsão por compras. Apesar de a paciente descrever que a mãe seria quem a estaria tratando como criança, percebemos que, possivelmente, ocorria o contrário. A mãe, ao não socorrer a filha em suas faturas do cartão de crédito, devido a compulsões por compras, estaria tratando-a como *“adulta”*, enquanto seu pai, protegendo-a de tudo, pagando suas contas e a acolhendo sempre que estava triste, tratava a paciente como uma criança, poupando-a do mal estar dos problemas de adultos.

No segundo encontro do grupo, Clara explicou que estava chorando devido a problemas de saúde. Ela reclamou que havia um ano estava sem menstruar. Disse tomar remédios *“para descer”*, mas que isso não ocorria. Ela passava mal e ficava só com os remédios no estômago. A paciente comentou que estava se sentindo muito pressionada e que tinha pensado muitas vezes que gostaria de voltar a ser criança. Ela não queria ser mais adulta se isto significasse pagar as contas da casa e ter o marido desempregado. *“Falou que fazia um mês e meio que já não tinha relações sexuais com ele, começando a chorar, quando disse que ele era compreensivo e que acabava ajudando”*.

Na fala de Clara, alguns aspectos chamaram nossa atenção: a magreza (a única diferença que apresenta para o quadro de anorexia, é que seu IMC ainda não se encontra muito abaixo do normal); a presença de elementos presentes no discurso anoréxico, como a vontade de voltar a ser criança e de estar com um corpo infantilizado, assexuado; a ausência de relações sexuais com o marido; a falta da menstruação. Como não podia atingir os seus anseios, a paciente se irritava, e a possibilidade que encontrava para se aproximar da infância era realizar restrições alimentares.

No terceiro encontro do grupo, observamos a seguinte fala: *“A psicóloga perguntou (à Bruna), qual poderia ser uma saída (além de vomitar para não pensar), e*



*a menina respondeu que além de vomitar, ela poderia se cortar*". A outra psicóloga falou que comer, vomitar e se cortar seriam somente saídas provisórias, mas Bruna disse que não teria problema, pois preferia viver "no faz de conta", que isso era bom, menos doloroso. Ouvir cada uma das meninas falando fazia com que ela se voltasse para a sua própria dor, deparando-se com aquilo que doía para ela e para o que estava ruim. Quando falou da possibilidade de se cortar como outra forma de infringir ao corpo algo que a afastaria de um sofrimento psíquico, a paciente colocava sua preferência em vivenciar uma experiência corporal para não pensar. Cortar-se parecia também "tirar" a dor da mente. O sujeito estaria esvaziando o corpo também de algo, seja pelos vômitos, diarreias ou pelos cortes.

Bruna descreveu como um "*faz-de-conta*" o fato de infringir dor em seu corpo. Podemos pensar que, para a paciente, o comportamento bulímico e o autoflagelo a possibilitariam o mesmo final feliz das histórias de faz-de-conta, trazendo uma mensagem de esperança e uma promessa de final feliz, uma vez atravessados todos os percalços e todos os inimigos. Por meio das compulsões e purgações, Bruna criara um mundo alternativo, em que a fantasia poderia se cruzar com o mundo real. A escolha do termo "*faz-de-conta*" parece caminhar no mesmo sentido que o comportamento bulímico traria para ela, podendo sugerir que, para a paciente, suas ações traziam o sentido de um mundo mais agradável ou mais suportável que o real, talvez um mundo em que Bruna conseguisse existir. Pensando ainda na questão de utilizar o termo "*faz de conta*" para designar um mundo em que o sujeito se tortura e flagela, concluímos, ao menos inicialmente, que as purgações e os cortes poderiam representar, para a paciente, saídas mágicas, alternativas fantásticas para mudar sua realidade, afastando-a da vida real, tão cheia de imprevistos e sofrimento humanos. Como "*pertencentes*" ao âmbito do "*faz-de-conta*", esses comportamentos não iriam matá-la, nem seriam totalmente ruins, mas a poderiam "salvar" de algo insuportável, seus pensamentos. O "*faz-de-conta*" a aproxima de uma infância perdida, na qual há os prazeres da fase oral e anal, que remontam a uma organização pré-edípica.

Agir de modo diferente, como sugere a psicóloga, e pensar, é algo que a paciente se recusa a fazer, pois vai além do que sente como possível para seu funcionamento psíquico. Entretanto, diferente do que estávamos supondo até então, quanto a uma tendência a "*materializar*" o sofrimento psíquico ao invés de simbolizá-

lo, a fala de Bruna nos convoca a pensar de forma mais complexa e menos unívoca a significação das condutas. Ao relatar que o comportamento bulímico e o autoflagelo permitem viver no “faz-de-conta”, a paciente nos mostra um mundo psíquico alternativo que criara para viver e se proteger, como um estado intermediário entre a “materialização” e a simbolização, em que ocorre uma elaboração introjetiva.

Será que podemos pensar que haveria prazer sexual na compulsão alimentar, bem como nas práticas purgativas? As sensações de cheio e vazio, de certa forma, estariam na esfera dos prazeres corporais. Por meio do comportamento bulímico, o sujeito seria capaz de transformar um sofrimento psíquico em prazer em seu corpo. *“Marisa perguntou se não seria um tipo de masoquismo, o que vivia, pois quando as meninas faziam suas práticas de comer compulsivo e purgar, isso era muito bom. Será que não seria masoquismo, pois havia prazer nisso tudo”.*

Se, na anorexia, as pacientes acreditam saber mais de si do que os profissionais que as tratam, detendo um conhecimento irrefutável de seu próprio corpo e não vendo, assim, nada de errado com seus comportamentos, na bulimia as pacientes parecem identificar o sofrimento imposto pelo comportamento bulímico: *“Luiza disse já se considerar uma vitoriosa por ter conseguido parar de tomar laxantes, mas sabia que precisava parar de vomitar e que não estava mais aguentando este comportamento”.* Notei que depois da fala de Luiza, *“não consigo parar de vomitar”*, ocorreu uma pausa grande e ninguém falou. Pensei que seria por esta ser uma fala que dizia muito sobre todas: vomitar resolve o não pensar no momento que o fazem, mas traz um desconforto depois e um sentimento de vergonha atrelado a ele. A fala de Luiza calou a todas e criou uma tensão no grupo, que nenhuma paciente inicialmente ousou interromper. A maioria delas não aguentava mais ter que comer e vomitar para não pensar, não sofrer. Aquela fala trazia um incômodo grande, pois apontava para todas elas, não apenas Luiza. O preço cobrado deste *“comer e vomitar para não pensar”* pode se tornar alto demais e as restringir muito.

Podemos pensar, deste modo, que uma característica fundamental desse transtorno estaria ligada ao comportamento bulímico ser uma forma de transformar um mal estar psíquico em algo do âmbito das sensações corporais, como vemos nas compulsões, purgações e autoflagelos. Essa *“corporificação”*, ou essa *“apresentação”* no corpo de um mal estar psíquico aparecem descritas nas falas das pacientes de

*“comer e vomitar para não pensar mais”, que apareciam repetidamente ao longo dos encontros do grupo.*

*“Paula falou que, assim como Clara, não gostava de São Paulo, sentindo falta de sua cidade natal, o Rio de Janeiro. Disse que SP era muito diferente do RJ, que aqui estava sem sua família, morando apenas com o marido, que trabalha todo dia e a deixava só em casa. Como ficava sozinha e em casa o dia todo, passava o dia comendo, tomando muito laxante e vomitando. Disse estar mal porque se sentia muito só e que seu marido muitas vezes brincava com ela, e ela não entendia suas brincadeiras, sentindo-se ainda pior. Ele brincava e ela achava que ele estava a criticando, voltando ao ciclo de comer e vomitar. Depois entendeu que não se tratava de uma crítica”. A fala de Paula se encaixa na mesma reação que as outras duas pacientes têm diante de algo que sai diferente do ideal, do planejado. Parecem paralisar frente aos problemas e infringir sobre seus corpos sofrimento, ou vivenciar de forma concreta este sofrimento psíquico para que não tenham que elaborá-lo psiquicamente.*

*Observamos essa característica na fala de Cecília: “Ela disse comer muito quando ficava ansiosa, dando o exemplo do que acontecera com ela na semana anterior quando não conseguira comparecer ao grupo. Ela disse que ligou para o PROATA e como não conseguiu a informação de onde seria a reunião do grupo, acabou se perdendo. Ficou com muito medo de perder o tratamento e, por isso, comeu por todos os lugares que passou enquanto estava tentando achar o lugar do encontro com o grupo, caminhando por todas as redondezas do Departamento de Psiquiatria, parando em todas as lanchonetes e comendo (há muitos lugares para comer no entorno). Comia e chorava. Ela disse que comia em cada lugar um pouco para não chamar a atenção das pessoas de que estava comendo além do normal, de que estava tendo uma compulsão. Bruna a interrompeu e disse fazer o mesmo”.*

A falta é inerente da vida, e todos passamos por problemas, mas nas falas das pacientes temos a impressão de que algo falha quando se deparam com uma situação que traz sofrimento psíquico. Elas não conseguem lidar com sentir dor, ficar triste e sentir pressão, tentando se afastar o mais rápido que conseguem desse sentimento quando se deparam com ele por meio do comportamento bulímico. Além disso, nesta fala, Cecília e Bruna mostram a vergonha ligada à compulsão bulímica, marcada por

um descontrole vergonhoso que tentam esconder de todos, mesmo daqueles que nem conhecem direito.

Ao se depararem com algo que as fazem sofrer, a única resposta possível parece ser infringir no corpo outro tipo de sofrimento, como se a única resposta possível fosse se entregar ao caos e à desordem da compulsão, como se só pudessem acessar essa “saída” diante de um grande sofrimento, e tamanho desamparo. Em outro momento, relatando mais um episódio de descontrole e purgação, Cecília *“chorava muito e dizia que se sentia muito mal por ter feito isso (visto em um blog receitas para induzir o vômito), mas que as situações que a deixavam nervosa a levavam à compulsão e que, naquele momento, não conseguia ver outra saída. Ela disse que começou a passar mal no shopping e teve que pedir ao namorado que a ajudasse a voltar para casa, uma vez que tinha vomitado muito”*.

Marisa também apresentou uma fala que ia nesta mesma direção, disse que *“não conseguia ter o ‘clíc’ que precisava para mudar, que não estava conseguindo racionalizar isso”*. Ela disse que como profissional da área da saúde sabia do risco que se expunha ao comer demais depois da cirurgia do balão, mas que na hora em que estava triste não consegue pensar nisso, só em comer e se aliviar, *“não pensar mais”*. Vemos que, apesar de ter conhecimento de que o comportamento bulímico poderia prejudicar sua saúde permanentemente devido à sua cirurgia, a enfermeira negligenciava os riscos para poder se afastar da dor psíquica, de ter que pensar.

Vemos também na fala de Cecília o quanto as pacientes parecem desrespeitar os sinais de seu corpo de fraqueza ou negar os riscos de seus comportamentos à sua saúde: *“Cecília disse que estava vomitando muito, muito mais, que se via muito pior. Ela disse que parecia que tinha surtado. Tinha a cobrança de mudar do grupo e de sua família e ela se cobrava de como ela iria mudar. A paciente continuou falando que todas essas cobranças a levaram a “surtar”, tendo muitas compulsões, alternando a elas momentos em que fazia muita privação, desmaiando até mesmo de fraqueza. Ela disse que mesmo tendo desmaiado e parado no hospital, fugiu de lá para não tomar soro, pois isso a engordaria mais ainda”*. Afastar o sofrimento psíquico seria tão urgente que faria com que ambas as pacientes pusessem suas vidas em risco.

Ao serem questionadas em uma das sessões do grupo sobre o que as levaria a comer tanto, *“Clara respondeu rapidamente: “para não pensar em nada”*”. O

comportamento bulímico assume a dimensão de um ato que não pode ser evitado, mas ao mesmo tempo uma forma de defesa do sujeito a um sofrimento psíquico. A resposta de Clara parece resumir e destacar mais uma vez o quanto a compulsão possibilitava, mesmo que por um período curto de tempo, um afastamento da dor psíquica. A compulsão, o comer compulsivo, instaurava sobre o corpo um caos que desorganizava de tal forma que possibilitava que, naquele momento, as sensações fossem vividas no nível do corpo - o sujeito troca a dor psíquica por sensações corporais para se defender da elaboração.

Em uma das sessões do grupo, *“a psicóloga disse que pensar doía e que isso se refletia neste início do grupo. Elas são convocadas a pensar mais e pensar no que não pensavam antes, o que causa mais dor e acabam comendo mais. Entretanto, não podem confundir com uma piora no quadro de sintomas, mas sim com uma aproximação daquilo que evitam olhar quando comem”*. Ela tentou apresentar às pacientes o quanto uma piora nos sintomas nas sessões iniciais do grupo já era esperada, pois pensar agravava os sintomas, trazendo à superfície o que as compulsões tentavam *“dar conta”* de esconder, de não passar por elaboração. Deparar-se novamente com esse sofrimento psíquico parece desencadear novamente o ciclo de *“corporificar”* o mal estar. Olhar para seus sintomas, para as falhas em suas vidas, para o que não conseguiram realizar, as afastava mais ainda de uma imagem perfeita, em que não haveria falta, e as aproximava mais do fantástico, mesmo que trágico.

Desde a primeira sessão do grupo, algo importante que observamos foi o quanto os sintomas bulímicos parecem estar ligados a uma tentativa de afastamento de um sofrimento psíquico, levando para a dimensão do corpo algo que dizia respeito ao psíquico, à mente. Observamos, principalmente nos discursos, um medo avassalador quando as pacientes se sentiam desamparadas ou tristes, ou em situações em que algo lhes faltava ou era perdido. Diante de tamanho medo diziam se sentir paralisadas e só conseguir pensar em *“comer e vomitar para não pensar”*.

Percebemos que, em oposição ao corpo que falha, haveria uma busca por uma imagem de corpo ideal, *“perfeito”*, ligado a um ideal de completude, que seria capaz de se sobrepor a qualquer falta, qualquer *“outro”* que viesse a lhes decepcionar. A

perfeição seria a promessa de não sofrerem mais e de algo que as afastasse dos imprevistos inerentes a sua condição humana.

Qualquer situação cotidiana que as mostrasse mais distantes desse ideal de perfeição, de plenitude, trazia uma sensação de desamparo, de sofrimento psíquico tão grande que as levava a tentar afastá-la o quanto antes da mente, por meio das compulsões e purgações. Ver-se distante de atingir esse ideal de perfeição trazia também uma sensação que as aniquilava, em que não era possível pensar numa outra alternativa, a não ser nesta, *“comer e vomitar”*.

Entretanto, a vivência do descontrole alimentar, presente no ato bulímico, parecia também trazer um sofrimento psíquico muito grande à medida que denunciava suas fraquezas em não conseguir se controlar e a vergonha de ceder a esse comportamento que as afastava de *“serem perfeitas”*. As compulsões tornavam cada vez mais distante a possibilidade de atingirem uma imagem de corpo perfeito, que trazia consigo um ideal de completude, fazendo com que não sofressem mais com a perda e o desamparo.

## **O SOFRIMENTO “ENCARNADO” NO CORPO**

Pensando nos itens que foram escolhidos para apresentar a anorexia: Aspectos Sociais, Relação com a Mãe, Demandas e Transformações da Adolescência, Sexualidade, Questões Metapsicológicas e Imagem Corporal; observamos, com o decorrer da pesquisa, que os limites entre eles são muito tênues e muitas vezes se torna difícil separar um do outro, e que também parecem nos servir para pensar a bulimia, à medida que nos deparamos com muitas semelhanças entre ambas as patologias.

Quando descrevemos os aspectos sociais, percebemos como parecem levar a uma busca de imagem de corpo ideal e de como sugerem que essa “perfeição” garanta a completude. Ao falarmos de imagem do corpo também falamos das relações estabelecidas com os outros e do vivido relacional que está impresso na construção dessa imagem. As relações estabelecidas com o outro serão determinantes na construção da imagem, assim como as relações sociais e as memórias que marcam nossa imagem do corpo.

Notamos que um momento importante na constituição do quadro da bulimia é o reavivamento da indiferenciação com a mãe nas fases iniciais do desenvolvimento psíquico, e que ocorreria com a adolescência e as mudanças corporais atreladas a ela. Sendo assim, o que percebemos ao longo dos estudos feitos foi que, tanto a anorexia quanto a bulimia seriam quadros provavelmente decorrentes de muitos fatores que remontam às primeiras relações que o sujeito estabeleceu com a mãe - com o outro.

### **Descrição Psiquiátrica da Bulimia Nervosa**

Com relação à bulimia nervosa, o DSM IV (1995) aponta que algumas das características diagnósticas fundamentais seriam as compulsões periódicas e os métodos compensatórios inadequados para evitar ganho de peso, ocorrendo, em média, pelo menos duas vezes por semana por três meses (Critério C do DSM). Além disso, haveria também uma preocupação excessiva com a imagem e como peso do corpo, influenciando a autoestima de maneira direta.

O que os difere dos pacientes com anorexia nervosa é que os pacientes bulímicos conseguem manter seu peso dentro do normal, ou até um pouco acima dele. Essa parece ser a diferença fundamental entre a anorexia do subtipo bulímico (purgativo, em que a paciente, além da restrição alimentar, apresenta episódios de comer compulsivo e posterior purgação) e a bulimia, segundo o Manual.

Os pacientes com bulimia nervosa sentem vergonha de seus problemas alimentares e procuram esconder seus sintomas, mantendo as compulsões periódicas em segredo. Os episódios podem ou não ser planejados e se caracterizam por um consumo rápido e voraz. A compulsão periódica pode reduzir temporariamente a disforia, mas autocríticas e humor deprimido frequentemente ocorrem logo após. Um episódio de compulsão periódica também é acompanhado de um sentimento de falta de controle e culpa (Critério A2).

Outra característica essencial da *Bulimia Nervosa*, segundo o manual é o uso recorrente de comportamentos compensatórios inadequados para prevenir o aumento de peso (Critério B). Os métodos empregados como tentativas de compensar a compulsão periódica são diversos; entretanto, a técnica compensatória mais comum é a indução de vômito após um episódio de compulsão periódica.

O manual médico psiquiátrico ainda aponta que a bulimia nervosa se inicia no final da adolescência ou início da fase adulta, sendo que o comportamento alimentar patológico continua por vários anos e apresenta uma frequência maior de sintomas depressivos do que na anorexia nervosa. Segundo o DSM IV, na maior parte das pessoas o distúrbio depressivo surge concomitante ao início da bulimia ou durante a sua ocorrência, sendo que o sujeito atribui sua tristeza e irritação ao transtorno alimentar.

Quanto às causas que desencadearam os sintomas patológicos, o DSM IV entende que tanto a anorexia quanto a bulimia consistem em inadequações decorrentes de falhas no aprendizado alimentar. Temos, portanto, que nessa perspectiva psiquiátrica a compreensão do paciente diagnosticado com transtorno alimentar se limita a uma descrição de dados objetiva e generalizante, não levando em conta os aspectos psicodinâmicos relacionados a esses sintomas.



## Um olhar além dos sintomas

Em *O mínimo é o máximo*, Fuks (2003) descreve o enquadramento médico exclusivamente objetivista, quantificador e pragmático que predomina na atualidade, e cujo centro seria a normatização do comportamento alimentar como algo que tende a “obturar” toda problemática em que a subjetividade se faz presente, como no caso dos Transtornos Alimentares (*idem*, p. 5). Segundo o autor, existem outros modelos que podem operar como uma referência, dentro da psicopatologia psicanalítica, para orientar a compreensão clínica dessas formas de sofrimento e o reconhecimento de movimentos de subjetivação emergentes nos processos terapêuticos.

No modelo psiquiátrico, *“a significação e o sentido de sintomas e comportamentos - seja algo a ser decifrado, seguindo a chave da conversão histérica, seja algo a ser reconstruído ou construído tendo como referência as falhas narcísicas precoces ou traumáticas - ficam de lado”* (*idem*). Pretendemos pensar os transtornos alimentares da anorexia e da bulimia não apenas como modos patológicos do sujeito se relacionar com a comida, mas almejamos considerá-los como uma colocação em jogo, no corpo, de impasses vividos que articulam aspectos sociais, relações com o outro e formações da imagem corporal e de hipóteses metapsicológicas.

Nos quadros de anorexia e bulimia, segundo Costa (*apud* GRANZOTTO & POSTIGO, 2012, p. 5), o corpo aparece como um dos pólos de conflito psíquico, sendo que esses conflitos se cristalizariam com a necessidade e a obtenção de satisfação corporal que traria de forma paradoxal sofrimento para o corpo. Granzotto & Postigo (2012) entendem que geralmente são observados nos transtornos alimentares apenas aquelas coisas que escapam à capacidade de elaboração psíquica por parte do sujeito e denunciam *“algo que é da ordem do “pathos”, da compulsão e da adicção, em uma gestão de funcionamento psíquico da ordem do traumático e da não simbolização”* (*idem*).

Granzotto & Postigo (2012) defendem que mais do que *“representar”*, o sujeito estaria *“apresentando”*, exibindo em seu corpo o seu *“sofrimento psíquico e um modo de relacionamento compulsivo e adicto com o objeto que remonta às arcaicas relações*

*com os objetos primários, em um momento pré-edípico que configura as relações na etapa libidinal da oralidade” (idem).*

O que estaria em cena seria o que chamam de uma “*mostração*”, a “*apresentação*” de um sofrimento psíquico que é da ordem da paixão, do traumático, do “*pathos*” e do registro da pulsão de morte (*idem*). Pensando a bulimia, a encarnação na dimensão do corpo, com o descontrole, parece ser a resposta possível ao “sujeito pático” frente a tamanho sofrimento psíquico.

### **O corpo atravessado pela cultura**

Conforme discutimos em nossa introdução, a obsessão pelo baixo peso e o medo intenso de engordar, característicos tanto da anorexia, quanto da bulimia nervosa, poderiam ser vistos como sintomas decorrentes das exigências sociais contemporâneas de que, para ser bela, a mulher precisa ser magra.

Para Granzotto & Postigo (2012), o corpo assume uma especificidade em cada cultura, e a criação dos cânones sobre o corpo varia de cultura para cultura, sofrendo variações com o tempo e a geografia em que se insere. A sociedade, com suas especificidades, estabelece parâmetros de acordo com as representações que faz sobre o corpo. Pensando desse modo, “o corpo é atravessado pelo simbólico e pelas construções sociais feitas pela sociedade” (GRANZOTTO & POSTIGO, 2012, p. 3). Hoje, temos como referência o corpo magro, leve, longilíneo, flexível, rígido, ligado à juventude, ao vigor. As autoras citam Riscado (*idem*), dizendo que o corpo na atualidade vai além de um objeto de desejo, para se configurar como um objeto de “design”, tornou-se “personalizável” por técnicas e procedimentos como o fisiculturismo, cirurgias plásticas, dietas, medicamentos etc. Parece que nosso momento histórico alimenta a fantasia de que o corpo ideal é uma possibilidade.

O que caracteriza os contemporâneos é o desejo do corpo absolutamente livre de todo traço de adiposidade, seja a que compõe os tecidos, seja a que circula como colesterol. Só o músculo é nobre. A gordura não aparece mais como uma reserva de segurança, signo de uma gestão econômica e racionalizada, e sim uma invasão parasitária, uma acumulação anormal e aproveitadora, uma retenção nefasta. (Fischler, *apud* GRANZOTTO & POSTIGO, 2012, p. 3)

## Entre a redenção e o pecado

Segundo Fuks (2003), se o que justificava as dietas antes era a dor no estômago, hoje, elas estariam centradas na imagem do corpo. A vontade de ser magra e os recursos para conseguir a imagem do corpo ideal - características fundamentais da sintomatologia de acordo com o DSM IV, tanto da anorexia, quanto da bulimia - estariam sendo legitimadas em valores culturais contemporâneos que associam suas práticas à beleza e à saúde. É por isso que o autor situa os transtornos alimentares como “sintomas sociais” que caracterizam nossa época (FUKS, 2003, p. 3).

Podemos perceber em ambos os quadros um caráter obsessivo em que o caminho em direção a um ideal de beleza libertadora pode levar à morte. O corpo ideal parece alimentar uma fantasia de completude nas pacientes, de prescindir finalmente do julgamento, do olhar do outro, seja a mãe, familiares ou amigos. A frustração de não conseguir se transformar numa imagem perfeita parece reforçar a obsessão pela mesma e alimentar um círculo vicioso. Haveria um grande investimento libidinal com relação aos cuidados com a imagem do corpo que levaria, em alguns casos, a tamanho sofrimento e preocupação que induziria a um desvio para os quadros de transtornos alimentares.

O espelho e a balança se configuram como instrumentos de penitência e arrependimento, sendo ao mesmo tempo temidos e consultados obsessivamente. Desse modo, podemos pensar que os cuidados excessivos com o corpo, as punições corporais (exercícios físicos em excesso, inúmeras cirurgias plásticas, dietas rígidas, compulsões, purgações etc.) poderiam ser uma forma de tentar extinguir o sofrimento gerado pela busca impossível de um corpo perfeito, por mais que as imagens sinalizem que seria possível.

O conflito foi estabelecido: a perfeição não condiz com a vida, pois está em outro âmbito. Na vida não é possível excluir as falhas, as faltas, a ação do tempo. A perfeição significaria, portanto, algo sem vida, sem falhas, sem espaço para o inusitado, em que se pode prescindir da relação com o outro, protegendo-se da ameaça da falta, do desamparo. Não seria essa imagem desvitalizada, assexuada, que as anoréxicas tanto buscam? Não seria essa promessa de prescindir do outro que as bulímicas tanto sonham?

O corpo, nesses quadros, impõe-se como objeto de triunfo ou vergonha, pois é nele que se inscrevem os resultados da busca incessante por um ideal de imagem. A anoréxica buscaria o corpo perfeito, o corpo “divino”. E, em oposição a essa busca, segundo Scazufca (1998, p. 18), estariam a voracidade e a obesidade bulímica. Scazufca diz que parece haver uma oposição entre sentimentos. Enquanto há o orgulho de ser anoréxica, observamos a vergonha de ser bulímica ou obesa. A anoréxica exibiria seu corpo esquelético como um trunfo, enquanto a bulímica tenta esconder de todos o seu segredo vergonhoso de perder o controle, extremamente condenável.

A autora utiliza Brusset para falar sobre a bulimia. De acordo com o autor, a bulimia, como ingestão alimentar descontrolada, como uma fome de boi, aparece como exemplo do pecado da gula, imagem bíblica do pecado original e que figura entre os sete pecados capitais. Em oposição a isso estão as restrições alimentares dos ascetismos, que se opõem ao corpo pecaminoso e animal, do qual é necessário libertar-se para alcançar a redenção.

Temos ainda que, de acordo com Scazufca (1998), segundo a literatura sobre a luta ascética, as forças do mal, inimigas do homem, seriam o mundo, o demônio e, principalmente, a carne. O homem precisaria lutar contra o mal para atingir seu objetivo e essas forças seriam o que o impede de chegar à perfeição do espírito e uma união com Deus. O jejum seria uma forma de libertar o corpo do pecado da carne e aproximar o sujeito do divino. Scazufca (1998) expõe que a carne se opõe ao espírito, contendo nela um valor afetivo e passional, e as paixões estão radicadas na carne, sendo violentas e perigosas, não somente pela impulsividade que denotam, mas pela confusão que trariam à alma. Confusão que é negação da ordem, da restrição, do puro, do jejum, da anorexia.

E a carne é utilizada para se referir à sexualidade. ‘A carne é fraca’, por exemplo, é uma expressão muito utilizada. Paixão, carne e sexualidade deveriam ser recusadas, eliminadas. Prevalece a ideia de que a perfeição humana depende da abdicação, da recusa de todos os apetites e desejos da carne. (SCAZUFCA, 1998, p. 20)

Se a perfeição humana estaria no campo da abdicação, a bulímica sucumbiria ao caos, à confusão, à vergonha. O ato bulímico afasta de seu objetivo o corpo perfeito, a perfeição, o corpo limpo dos pecados da carne. Como vimos na discussão das falas das pacientes observadas no grupo, o ato compulsivo seguido de purgação é seguido, muitas vezes, de um sentimento desesperador de vergonha e frustração, como um fracasso.

De acordo com Brusset (*apud* SCAZUFCA, 1998, p. 22), a orgia alimentar presente na bulimia também remete à teoria freudiana do homem religioso e moral na revolta de uma horda assassina que mata e devora o pai. Pensando a anorexia e a bulimia a partir da situação mítica de Freud, Scazufca (1998) descreve que, no “Totem e Tabu”, o ato bulímico mítico (a morte e a devoração do pai) provocaria um sentimento ambivalente nos homens, “levando-os a desejar transgredir a proibição do parricídio e do incesto a partir do desejo. O incesto aparece como uma tentação, já que, com frequência, a proibição é transgredida nas fantasias e, em alguns casos, na realidade” (SCAZUFCA, 1998, p 23).

Segundo ela, a bulimia aparece novamente como uma tentação do mal e o crime bulímico, como uma transgressão experimentada pela forma de culpa, que exige expiação. De um lado, estariam os filhos maus, bulímicos, que matam e devoram o pai. De outro, os filhos que não questionam o lugar poderoso desse pai, os filhos ideais, anoréxicos, que não se deixam levar pelas pulsões, pelas identificações e culpas necessárias ao desejo. A carne traz a marca do tabu e do pecado, impedindo o renascimento do espírito, a sua ascensão. Sendo assim, o corpo cadavérico da anorexia, que nega (ou recusa?) o apetite pela vida, não significa uma apetência à morte, mas à libertação.

Citando novamente Brusset, *“a imagem do excesso alimentar está associada àquela do excesso sexual, da orgia e a certas qualificações da sexualidade feminina: como insaciável, vampiresca, devoradora e perigosa para o homem”* (Brusset, *apud* SCAZUFCA, 1998, p. 24). A mulher tem a sua imagem ligada ao pecado, e a anorexia poderia ser uma tentativa de se afastar desse corpo pecaminoso, eliminando todos os sinais da sexualidade feminina de seu corpo.

Para Scazufca (1998), tanto a anorexia quanto a bulimia se inserem numa tradição que mantém uma ligação patológica com a sexualidade, com os pecados do corpo que devem ser combatidos para que se alcance a perfeição.

As restrições alimentares estão presentes tanto na anorexia quanto na bulimia. Entretanto, a anoréxica estaria mais próxima do divino ao conseguir recusar a fome e não cair no descontrole do excesso alimentar, como cai a bulímica. A condição de triunfo sobre a fome confere à anoréxica uma forma de orgulho que reforça ainda mais os comportamentos restritivos, uma vez que ela consegue estar mais próxima do corpo ideal. A bulimia se apresenta como ato que subverte a ordem e rigidez da anorexia, o caminho para a perfeição.

A bulimia, por meio do descontrole alimentar, do devorar desmedido, subverte a racionalidade de uma dieta balanceada, desviando do caminho anoréxico. Scazufca (1998, p. 25) defende que a anorexia complementar-se-ia na bulimia, sendo lados de uma mesma moeda, na luta entre o bem e o mal, a purificação e o pecado.

Pelos relatos das falas no grupo, observamos que os hábitos alimentares seriam apenas um dos elementos em que as pacientes travam batalhas entre controle *versus* descontrole, ordem *versus* caos. Além da busca pelo corpo ideal, elas buscam a perfeição em outros campos: nos estudos, na família, no trabalho. Entretanto, o comportamento alimentar, como apresentou Scazufca (*idem*), seria o mais facilmente mensurável e que pode ser transformado por fatores controláveis, o que parece permitir uma objetivação científica ideal.

O quadro da bulimia se apresenta “*como a busca de um gozo impossível*” (Vainfas, *apud* SCAZUFCA, 1998, p. 26). A repetição da conduta bulímica se torna fonte de angústia e sofrimento, causando uma alienação do sujeito, na qual seus atos o afastam dele mesmo. De acordo com Vainfas (*apud* SCAZUFCA), a bulimia se aproximaria do alcoolismo como uma patologia do excesso, apresentando as mesmas características de voracidade, violência, repetição, impulsividade e dificuldade de sair da dependência.

Fuks (2003) descreve que as emoções se situam entre dois pólos nos transtornos alimentares. De um lado, temos o “excitante orgulho” de cumprir um ideal, pelo qual as pacientes acreditariam ser invejadas secretamente, o que encobriria uma autoestima rebaixada. Do outro lado, temos a “vergonha irreduzível”, até mesmo

absurda, de engordar quando algo em sua rotina vem a se descontrolar (FUKS, 2003, p. 7). A imagem desse corpo ideal seria conseguida pelo controle rígido de sua rotina e alimentação e quando esse controle falha, a paciente se depara com o que mais tenta afastar: as falhas, imprevistos, faltas, tão inerentes à condição humana.

Até aqui vimos como, tanto na anorexia quanto na bulimia, a busca pela perfeição, por uma imagem corporal ideal, parece funcionar como ideal de completude, como uma busca por um corpo que prescindia do outro, não estando sujeito à falta, ao desamparo. Será que algo fora vivido como tão traumático que levaria o sujeito a recusar o olhar do outro, a buscar a completude, a se desesperar diante dos imprevistos e tentar se afastar o mais rápido e não vivenciar qualquer sofrimento? A partir do referencial teórico estudado e tendo como norte os relatos das falas observadas no grupo, buscaremos entender quais mecanismos psíquicos estariam operando para compor esses quadros de transtorno alimentar.

### **Hipóteses Metapsicológicas**

Granzotto & Postigo (2012) entendem que os transtornos alimentares seriam patologias que colocam em evidência o corpo em sofrimento e os danos psíquicos de um determinado modo de relacionamento com os objetos orais. Tendo como base também a tese de Scazufca (1998), o problema psicológico da bulimia para estas autoras vai além de um problema de comportamento alimentar, podendo ser compreendido como distúrbio da oralidade.

Além desta possibilidade de situarmos os transtornos alimentares da anorexia e bulimia como distúrbios da oralidade, nos deparamos com autores, como Fuks (2003) e Sapoznik (2001) que nos permitem pensar esses quadros além de um viés patologizante, vendo que o que estaria operando seria uma forma de as pacientes afirmarem um apetite pela vida, ainda que as aproximasse da morte.

Buscaremos expor as hipóteses metapsicológicas tanto que apontam para os transtornos alimentares como distúrbios da oralidade, quanto as que apontam como uma tentativa do sujeito de criar uma identidade diferenciada para si, uma vez que nosso entendimento foi construído a partir dessas ideias, mas não se restringindo e optando por uma delas.

Scazufca (1998) sugere pensarmos a clínica da anorexia e da bulimia pelos conceitos de adição, da perseguição do ideal, da destrutividade e da melancolia. Segundo a autora, constituem-se de conceitos fundamentais que possuem questões relacionadas à oralidade, permitindo pensar a clínica de ambos os transtornos como distúrbios da oralidade (SCAZUFCA, 1998, p. 26).

Uma relação de adição, segundo Scazufca, se faz evidente no anoréxico e no bulímico à medida que esses pacientes se referem à comida como uma droga com a qual estabelecem uma relação de submissão (SCAZUFCA, 1998, p. 88). Para discutir mais esse conceito, a autora se utiliza da teoria defendida por Marcelo Heckier, que diz que a anorexia e a bulimia têm a dimensão de um ato que não pode ser evitado. O autor argumenta que, em ambos os casos, haveria a compulsão, sendo que, enquanto na compulsão bulímica observamos o episódio compulsivo e os mecanismos compensatórios, na compulsão anoréxica temos seu centro na rígida sustentação de restrição alimentar. Ambas as compulsões nos levariam a pensar como formas de adição do sujeito à comida.

Existe entre o sujeito bulímico, o sujeito anoréxico e a comida, um vínculo de sujeição. Sujeição que é escravidão, como um laço, um vínculo muito especial, intenso e exclusivo, amoroso e despótico entre o sujeito e aquilo que ele considera como seu objeto. Objeto este idealizado e temido, idealizado e sinistro. (Heckier, *apud* SCAZUFCA, 1998, p. 89)

Heckier defende que o que o sujeito não pode dizer se revela nas sessões por meio das crises, de um fazer. *“As crises excluem a dimensão discursiva e são um ato bem definido e separado da ordem do significante”* (Heckier, *apud* SCAZUFCA, 1998, p. 93). Nessas condições, a transferência se resume nesse fazer: fazer silêncio diante da exposição de um corpo descarnado. O autor defende que o dizer se resume a uma fala sobre o corpo, sobre calorias, comida, dieta, como observamos em nossas observações durante o grupo. Era difícil tentar “sair” dessas falas sobre os sintomas, sobre as compulsões e purgações. Esse dizer que se resume a uma fala sobre o corpo acaba fazendo com que o sujeito vá se colocando fora dessa cadeia significativa, tornando-se dependente do seu não-dizer, segundo Heckier (*apud*, SCAZUFCA). O paciente encontra-se, assim, no meio de uma trama de repetições, alienado, sem vontade



própria e impossibilitado de interromper esse estado de coisas. As comidas, dietas, purgações passam a ocupar um lugar central e único em suas vidas, são sua identidade. As pacientes do grupo estavam presas nessa dimensão do fazer.

Scazufo (1998) utiliza também os conceitos trabalhados por Jeammet para continuar a pensar a anorexia e a bulimia como adição. Jeammet (*apud*, SCAZUFCA) considera que a tentativa de encontrar um objeto substituto no comportamento aditivo desses transtornos se configura em uma organização perversa, que seria uma “defesa contra um sentimento aniquilante de dependência” (SCAZUFCA, 1998, p. 93).

Trata-se de uma organização perversa uma vez que o objeto de amor não é reconhecido como independente do eu, revelando uma não diferenciação eu-objeto. Nessas condições, o objeto é usado como reassseguramento narcísico, permitindo a manutenção do contato com o objeto sem destruí-lo, mantendo-o nos limites do eu. O objeto se encontra próximo o suficiente para não ser perdido e distante o suficiente para que o sujeito não seja invadido por ele. O comportamento aditivo seria uma organização primitiva, uma defesa contra a alternância de ser engolido e engolir, destruir e ser destruído, constituindo, desse modo, uma tentativa de afastar a angústia e depressão causadas pelo objeto.

Jeammet defende que a relação com um objeto mantido no exterior protege a pessoa contra um vazio interno e o risco de perder o objeto-eu. Mantendo-o no exterior, o sujeito não se desvencilha dele, mas não se deixa penetrar por ele. O autor conclui que o único recurso para manter essa dupla relação com o objeto é a adição, e a busca das sensações de estar cheio e vazio substituiria o intolerável sentimento de perda. Pelo comportamento aditivo, o sujeito tenta dominar o objeto (SCAZUFCA, 1998, p. 94).

Nos comportamentos aditivos em geral há a alternância entre o estar cheio e vazio, de vazio e apaziguamento. Observamos essa relação nas pacientes do grupo, havia a necessidade da comida (em excesso) para se sentirem cheias e havia a necessidade do comportamento purgativo para sentirem o vazio.

Jeammet (*apud*, SCAZUFCA, 1998, p. 95) infere que comer e vomitar e, também, a recusa a comer, introduzem a preocupação com o peso como algo que organiza, de certa forma, o sujeito. De acordo com o autor, na anorexia e na bulimia, os sujeitos apresentam uma séria fragilidade narcísica, sendo que o ato aditivo poderia

trazer alguma organização. Scazufca (1998) questiona se não seria essa preocupação com o peso uma tentativa de reorganização interna, uma forma de “reasseguramento narcísico” para esses sujeitos (*idem*).

Parece haver um deslocamento da relação com o objeto que, em vez de estar sobre as “pessoas viventes”, “seres desejantes”, é dominado nas conquistas alimentícias, proporcionando a vantagem ilusória de colocar à disposição do sujeito o objeto, “para dissimular o intolerável reconhecimento de sua ausência e de sua falta” (Chabert, *apud*, SCAZUFCA, 1998, p. 104). Tendo como objeto a comida, o sujeito tem a ilusão de controlá-lo.

Voltando a Jeammet, Scazufca (1998) diz que os investimentos nas pacientes com anorexia e bulimia são compreendidos em suas bases auto-eróticas. Sendo assim, a pulsão não está dirigida para outra pessoa, mas se satisfaz no próprio corpo. Isso deve ter “uma função de refúgio e de apoio para o sujeito poder reencontrar nele mesmo uma relação asseguradora e de prazer nutridor da qualidade anterior da relação de objeto” (Jeammet, *apud*, SCAZUFCA, 1998, p. 95). Trata-se, assim, de um prazer já vivenciado com o objeto e agora lembrado no corpo. Diferente de uma anobjetalidade, no auto-erotismo ocorre a perda do seio como objeto parcial e a tentativa de reencontrar este objeto perdido do primeiro desmame. Seria um movimento de desobjetalização.

No movimento de desobjetalização, segundo Jeammet, esse prazer auto-erótico, que tem característica de ligação, é substituído por um “auto-erotismo negativo”, que se “resume a uma auto-estimulação em busca de sensações e não de satisfações” - sensações vivenciadas no corpo, como as de cheio e vazio, por exemplo (SCAZUFCA, 1998, p. 96).

Além da adição, Scazufca (1998) entende que o conceito de melancolia seria importante para a compreensão dos transtornos alimentares. Segundo ela, o desenvolvimento posterior da concepção da melancolia revela a importância da vivência de perda para a constituição do psiquismo. Tanto na anorexia quanto na bulimia existe uma tentativa de negar a vivência da perda por meio do comportamento aditivo. O sujeito parece não dar conta de perder nada, não conseguindo lidar com o sofrimento da vivência da perda. Ao se deparar com essa situação parece desviar os estímulos da percepção, transferindo para uma dimensão

corporal o que era da dimensão psíquica. O comportamento aditivo tem uma função importante de proteção do psíquico que não consegue lidar com a perda, não podendo ser eliminado sem prejuízos ou reorganizações. A bulimia funcionaria, desse modo, como uma tentativa de proteger o sujeito, ainda que de maneira precária, criando um mundo alternativo, configurando-se como um mecanismo de defesa em que se busca a destruição da capacidade de pensar.

O que estaria instituído seria uma tendência, segundo Fuks (2003), “ao escoamento de todas as tensões pela via comum e indiferenciada de descarga quantitativa sensório-motora” (FUKS, 2003, p. 13). Induz-se, assim, a um curto-circuito que desvia os estímulos do caminho da ligação com a rede de representação e a sua transformação de quantidade em qualidade. Dessa forma, conclui Fuks, aplica-se aos transtornos alimentares o modelo elaborado por Freud para dar conta das neuroses atuais, que foi retomado pela psicossomática e é utilizado para o estudo das adicções (FUKS, 2003, p. 14).

Fuks (2003), noutro sentido, também disserta em seu trabalho que não comer e manter a fome pode ser uma tentativa de criar e preservar um vazio em que o psíquico se torne possível através das representações. A negativa, ou seja, o não à comida pode, a partir da ausência, abrir um caminho para um continente íntimo em que um desejo possa vir a se aninhar, numa luta de resistência em que se afirma uma apetência pela vida.

Como apresentamos em nossa introdução sobre a anorexia nervosa, Fuks (2003) e Sapoznik (2001) parecem articular as mudanças decorrentes da adolescência, a relação mãe-filha e a irrupção da sexualidade de forma a se complementarem. Ao discutirem a relação entre mãe e filha, ambos os autores apontam para um laço de intimidade da ordem do traumático. Ambos descrevem a mãe tendo uma resposta monotônica perante o choro da filha, respondendo a todos os diferentes tipos de choro por meio da provisão alimentar, oferecendo um seio-onipotente, que ela acredita apaziguar todas as angústias.

O desejo da filha fica oculto nessa relação com a mãe, e Sapoznik (2001) sugere que a sua recusa a comer seria uma tentativa desesperada de quebrar de modo violento essa célula narcísica: “A menina permanece aprisionada nesse lugar de quem

*deseja não ter desejo*” (SAPOZNIK, 2001, p. 7) e se recusa a comer, pois não reconhece as sutilezas do seu desejo.

Fuks (2003) diz que a adolescência traria conflitos com relação a objetos com os quais não houve uma diferenciação clara, agudizando as angústias de intrusão ou abandono anteriores ao período de latência.

Ao se aproximarem da própria morte, diz Sapoznik (2001, p. 6), as anoréxicas medem até onde vão os limites de sua resistência física e psíquica, desafiando as leis da natureza, de seu próprio organismo. Em oposição ao sentido de alcançar “uma *união com Deus*” que tinham as práticas rituais de restrição alimentar de ordem religiosa, os jejuns e os rituais de restrição alimentar das pacientes anoréxicas têm muito mais o sentido de “*ruptura com o corpo materno*”, de transgressão (*idem*). De acordo com a autora, o ideal da anoréxica é, portanto, um corpo sem pulsação, um corpo desencarnado, sem libido, enfim, um corpo erógeno. Querem se libertar de qualquer característica do próprio corpo que as recorde sexualidade, querem se livrar de um corpo que não é apenas biológico.

O autor sugere que, por meio dos comportamentos alimentares de preenchimento e esvaziamento, induzem-se sensações corporais que o sujeito pode administrar e que erigem o corpo como uma fronteira, separando um exterior de um interior. Fuks (2003) diz que alguns analistas entenderiam que isto se constituiria como uma defesa contra um vazio mental associado a uma realidade interna que está se desfazendo e é muito ameaçadora, mas que poderia também tornar-se um fator causal por si mesma. Seria um vazio como causa e consequência: “*O não à comida, a negativa, instaura essa possibilidade de resistência que não seria em busca da morte, mas sim afirmando uma apetência pela vida*” (FUKS, 2003, p. 10). Dessa forma, o caminho mortífero traçado pela anoréxica poderia ser pensado como única possibilidade do sujeito escapar do sentimento de aniquilação total.

O autor ainda defende que por meio de atividades físicas extenuantes, característica mais comum na anorexia, mas também presente em quadros de bulimia, o sujeito criaria um meio que permitisse ser olhado e cuidado pelo outro. O excesso presente no exercício conferiria a ele um “*caráter frequentemente sofrido e sacrificial*”, (FUKS, 2003, p. 15) que permitiria que, por causa dele, pudessem aceitar os cuidados de outros, principalmente da mãe, para se repor do esgotamento, alimentar-se e

tratar das feridas dolorosas dos pés. Utilizando Brusset, Fuks explica que se trata, nesse caso, da *“erotização masoquista de uma atividade egóica”* (*idem*), por meio da qual se torna possível a reintrodução diferenciada do objeto e do desejo. Seria um meio pelo qual o sujeito instaura o acesso a um prazer auto-erótico não antagônico com a satisfação narcísica. Pensando as falas que vimos das pacientes nos grupos observados, observamos alguns episódios em que o excesso nas crises estaria permitindo que recebessem cuidado, que fossem olhadas pelo outro e pudessem receber esse amparo. Desse modo, será que os comportamentos alimentares e purgativos extenuantes das pacientes não estariam abrindo espaço para que pudessem aceitar o cuidado, como um meio pelo qual pudesse realmente recebera atenção da mãe e ter um prazer auto-erótico que não se opusesse ao modo de satisfação narcísica instaurado?

Se, em alguns momentos, procuramos agrupar em categorias ou encontrar tópicos em que houvesse convergência para apresentar ambos os quadros, entendemos que seria apenas um recurso didático. As respostas ao questionamento feito acima e aos demais, propostos ao longo do projeto, num mundo inconcluso, em que as formas de conhecimento assumem cada vez mais fluidez, não podem ser absolutas e iguais para todos os casos. Reduzir a conceitos e hipóteses generalizantes seria novamente pensar apenas no que haveria de negativo e patologizante, afirmando uma indiferenciação e negando novamente a questão relativa ao desejo. Seria pensar os transtornos alimentares apenas em suas características patológicas e não como afirmação de uma apetência pela vida, possível apenas por meio de uma diferenciação. Seria manter a menina aprisionada no *“lugar de quem deseja não ter desejo”* (SAPOZNIK, 2001, p. 7) e responder monotonicamente aos seus diferentes choros. Enquanto que, sob a ótica psicanalítica, poderemos resgatar *“a possibilidade de se pensar o que há de mais importante no humano: o seu desejo que se constitui nos modos de relação com o objeto”* (SCAZUFCA, 1998, p. 132).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do projeto, nossas pesquisas apontaram para a anorexia e a bulimia como impossibilidades de diferenciação plena entre sujeito e objeto, remontando a uma problemática narcísica primitiva que se alterna entre o orgulho de não precisar do objeto e a vergonha de depender dele; essas relações comprometeriam o equilíbrio narcísico, extremamente frágil por seu caráter primitivo e dual.

Ora, a relação com o objeto introduz o conflito, a desordem e o desamparo; e, como defesa para o sofrimento, a relação com o objeto parece estar deslocada do contato com seres libidinosos para o domínio nas conquistas alimentares, proporcionando ao sujeito a fantasia de colocar o objeto à sua disposição, dissimulando o que seria tido para ele como intolerável: o reconhecimento de sua ausência e falta.

Tanto na anorexia quanto na bulimia, a busca pela perfeição, por uma imagem corporal ideal, parece funcionar como ideal de completude, como uma busca por um corpo que prescindia do outro, não estando sujeito à falta, ao desamparo. A imagem desse corpo ideal seria conseguida pelo controle rígido de sua rotina e alimentação e quando esse controle falha, o sujeito se depara com o que mais tenta afastar: as falhas, imprevistos, faltas, tão inerentes à condição humana.

Com a chegada da puberdade e a irrupção da adolescência, o corpo seria constituído como fonte de desejos, reavivando a indiferenciação vivida entre o sujeito e a mãe. O comportamento aditivo parece ter uma função importante de proteção do psíquico que não consegue lidar com a perda. A bulimia funcionaria, desse modo, como uma tentativa de proteger o sujeito, ainda que de maneira precária, criando um mundo alternativo, configurando-se como um mecanismo de defesa em que se busca a destruição da capacidade de pensar ou vivenciar um sofrimento. Não comer e manter a fome seria uma tentativa de criar e preservar um vazio em que o psíquico se torne possível através das representações.

Nos quadros de anorexia e bulimia, percebemos, portanto, que a pulsão não está dirigida para outra pessoa, mas parece se satisfazer no próprio corpo. Os comportamentos alimentares de restrição e purgação se resumiriam a uma auto-

estimulação em busca de sensações e não de satisfações - sensações essas vivenciadas no corpo: preenchendo-o e o esvaziando.

O corpo acaba ficando desobjetalizado quando tenta fugir de se constituir como suscitando o desejo do outro. Afinal, o que estaria sendo buscado seria um corpo que prescindisse do outro, em que o gozo estaria em si mesmo. O objeto, o outro e o seu desejo ameaçariam, dessa forma, o sujeito pelo risco de domínio de seu corpo.

Os transtornos alimentares parecem servir como defesa, seja de um corpo partilhado com a mãe, seja da violência de estar alienado do próprio desejo, seja de um excesso de estímulos - de um excesso de traumas. Não seria um modo de se defender, de não “surtar”, de se fechar a tantos estímulos, a tanta ligação, a tanto Eros e começar a selecionar, a escolher do que se quer alimentar? Não seria um modo de funcionamento (além do princípio do prazer) que até certo momento faria sentido e protegeria o sujeito?

Será que um possível tratamento não seria a partir da confrontação desse sujeito com novos desejos? A imagem de corpo ideal, completa, que prescinde do contato com o outro, passaria a perder o sentido, não funcionando mais para os desejos suscitados, cujo corpo anorético não comportaria desejos condizentes com a vida (o sujeito poderia vivenciar um mundo maior de desejos; que se constituiria, depois, num fundo a partir do qual, pelo qual e no qual, novas formas de perceber, pensar e desejar no mundo seriam estabelecidas).

O corpo “*ideal*” não daria cabo dos desejos que surgiram com relação à sexualidade, para assumir um papel social, para VIVER - se com a anorexia o sentido está perdido, não é preciso mais viver. Seria como um “*clic*”, como descreveu Regina (conforme descrição citada acima).

Trata-se de fusão com o ideal e não apenas em relação a um ideal estético, mas algo que vai além, na direção do ideal da anorética, que não é fixo, que é cada vez mais inatingível, cada vez mais delirante, cada vez mais obsessivo.

Entendemos a recusa anorética como motivo de orgulho, algo que levaria o sujeito a alcançar a perfeição. Opondo-se a esse orgulho, observamos a vergonha bulímica. O ideal anorético seria um ideal de um corpo sem pecados, isto é, um corpo sem sexualidade, sem investimentos. Um ideal de completude, que torne o sujeito

autossuficiente e que permite não precisar do outro. Ao cair no descontrole do ato bulímico, o sujeito parece se deparar com a falta, com o sofrimento, com aquilo que pertence à vida, o desejo e a falta.

A dimensão da adição significaria um ato de defesa contra um sentimento de dependência do objeto sentido como intolerável e o comportamento aditivo substituiria a atividade de representação, de pensamento e de relação com o objeto e o outro. No mundo compulsivo, poderia ser um modo de ser, em que o conduz o sujeito é o não pensar, substituído por atos. Observamos o quanto as pacientes se desesperavam ao se confrontarem com o vazio, com a perda, com o desamparo e perante ele, pareciam impelidas a preenchê-lo com o comportamento compulsivo (o não pensar). Esse “não pensar” que elas tanto buscavam se configuraria, assim, como uma defesa primitiva e narcísica, que revelaria uma impossibilidade de diferenciação entre sujeito e objeto de amor.

Dessa forma, a incompletude ou a inconclusão a que o sujeito contemporâneo está sujeito, quando transformada em patologia, produz realmente compulsões; e, quando esse comportamento compulsivo se identifica com o “não pensar”, aparecem as defesas narcísicas, impossibilitando a separação entre o sujeito e o objeto do desejo, e causando danos perigosos tanto para o indivíduo anoréxico quanto para o bulímico.

Ao longo do projeto, apresentamos hipóteses metapsicológicas tanto que apontam para os transtornos alimentares como distúrbios da oralidade, como as que apontam como uma tentativa do sujeito de criar uma identidade diferenciada para si, uma vez que nosso entendimento foi construído a partir destas ideias, mas não se restringe optando por uma delas. Há, como esperamos ter demonstrado, pontos de convergência entre a anorexia e a bulimia, porém não podemos reduzir essa aproximação apenas ao que há de negativo, posto que, se assim o fizermos, não alcançaremos a questão do desejo.

Ora, o desejo é algo do sujeito, e algo sobre o que não é possível concluir assertiva e definitivamente; o desejo não é conclusivo. E, como distúrbios relativos ao desejo, percebemos na clínica da anorexia e da bulimia a necessidade de se pensar nas sutilezas relativas ao desejo e a uma apetência pela vida.



## REFERÊNCIAS

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2001

FERNANDES, M. H. *Transtornos Alimentares: Anorexia e Bulimia*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. (Coleção Clínica Psicanalítica)

FUKS, M. P. O mínimo é o máximo: uma aproximação da anorexia. In: VOLICH, R.M.; FERRAZ, F.C.; RANÑA, W. (orgs.). *Psicossoma III: interfaces da psicossomática*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003, p. 147 a 158.

*MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS (DSM IV)*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

GARCIA Jr, C.; SANTOS, M. A. e PASCOAL, C. In: *Mesa Redonda. Transtornos Alimentares*. 2º Congresso Médico de São Carlos. Mediador: Dr. Sérgio L. Silva (Universidade Federal de São Carlos). São Carlos, 2012.

GIORDANI, R. C. F. A auto-imagem corporal na anorexia nervosa: uma abordagem sociológica. In: *Psicologia & Sociedade*. Universidade Federal do Paraná. 18 (2): 81-88; mai./ago. 2006


GRANZOTTO, E. M. O. ; POSTIGO, V. M. C. A clínica da obesidade e da bulimia: compulsão e sofrimento psíquico “encorpados”. In: *Mesa Redonda 23. Psicopatologias do corpo e cuidado*. Coordenação: Edilene Freire de Queiroz (Universidade Católica de Pernambuco, PE/Br./AUPPF). São Paulo, 2012.

SAPOZNIK H., A. As Alpinistas. In: ROSEMBERG, A.M.; VILUTIS, I.M. *Colóquio freudiano: teoria e prática da psicanálise freudiana*. São Paulo: Via Lettera, 2001.

SCAZUFCA, A. *Abordagem psicanalítica da anorexia e da bulimia como distúrbio da oralidade*. Dissertação de mestrado, PUC/SP, 1998.

## ANEXOS

### ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

 <small>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO</small>	<small>Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina</small>	<small>Comitê de Ética em Pesquisa Hospital São Paulo</small>
---	--	---

São Paulo, 6 de janeiro de 2012  
CEP Nº: 2083/11

Ilmo(a) Sr(a)  
Pesquisador(a): SIDNEI JOSÉ CASETTO  
Disciplina/Departamento: Trabalho de conclusão de curso II- CAMPUS BAIXADA SANTISTA  
Pesquisadores associados: Sidnei José Casetto (orientador), AKEMI NAKASONE PEEL FURTADO DE OLIVEIRA

**Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo**

**TÍTULO DO ESTUDO:** A imagem do corpo na anorexia nervosa :

**CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO:** Observacional

**RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE:** Risco mínimo, sem procedimento invasivo

**OBJETIVO DO ESTUDO:** Investigar se o fenômeno usualmente denominado "distorção de imagem" na Anorexia Nervosa corresponderia à busca de um corpo ideal, em que nenhuma impureza é tolerada.

**RESUMO:** Participarão do estudo pacientes do PROATA em atendimento ambulatorial ou de Hospital-dia (HD) que estejam participando de grupos terapêuticos, com diagnóstico de anorexia nervosa do sub-tipo restritiva e do sub-tipo purgativa. Participam pacientes com idade entre 14 e 55 anos. Não serão feitas anotações ou registros de qualquer espécie durante as sessões, e a participação será restrita à observação de sua dinâmica e da fala das pacientes que o compõem. As informações serão registradas após o término de cada reunião de grupo observada. O relato das entrevistas será feito logo após o seu término e será feito em primeira pessoa, procurando reconstituir as palavras utilizadas pelos participantes que aceitarem voluntariamente participar desta pesquisa, até o máximo de vinte pacientes. O grupo de terapia a ser observado se reúne semanalmente na Unidade Caps Itapeva do Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

**MATERIAL E MÉTODO:** Estão descritos os procedimentos do estudo. Projeto aprovado pelo Núcleo de Bioética da Baixada Santista, nº 183/11.

**TCLE:** Adequado, contemplando a resolução 196/96. Apresenta termo de Assentimento para participação de menores de idade na pesquisa.

**DETALHAMENTO FINANCEIRO:** Sem financiamento externo - R\$ 30,00

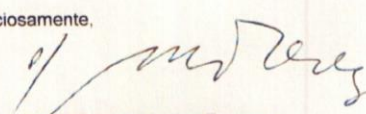
**CRONOGRAMA DO ESTUDO:** 8 meses

**PRIMEIROS RELATÓRIOS PARCIAIS PREVISTOS PARA :** 31/12/2012 e 26/12/2013

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.


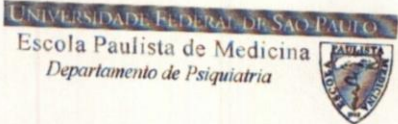

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Página 1 de 1	Rua Botucatu, 572 - 1o andar - CEP 04023-062 - São Paulo/Brasil	CEP N 2083/11
---------------	---	---------------

**ANEXO B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO EM QUE FOI REALIZADA A PESQUISA**

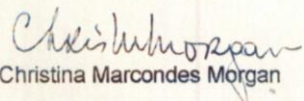
  

**Carta de Autorização da Instituição em que Será Realizada a Pesquisa**

São Paulo, 08 de dezembro de 2011

Eu, Christina Marcondes Morgan, responsável pelo setor de psicologia do Programa de Atenção aos Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo, autorizo o pesquisador prof. Dr. Sidnei José Casetto e sua aluna, Akemi Nakasone Peel Furtado de Oliveira, a coletarem dados de observação nesta instituição para realizar o projeto de pesquisa com título A Imagem do Corpo na Anorexia Nervosa e na Bulimia Nervosa.

O período de observação e coleta de dados dentro da Instituição será realizado, como consta no projeto de pesquisa, entre os meses de fevereiro e maio de 2012 e será realizado pela acadêmica Akemi Nakasone Peel Furtado de Oliveira, sob a supervisão e orientação do Prof. Dr. Sidnei José Casetto.

  
Christina Marcondes Morgan

---

Rua Borges Lagoa, 570 – CEP: 04038-020 – São Paulo- SP / Brasil Fone: (11) 5576-4990 – fax 5571-7254  
[www.unifesp.br/psiquiatria](http://www.unifesp.br/psiquiatria)

## **ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

1. Título da pesquisa: A imagem do corpo na Anorexia Nervosa”
2. Pesquisador responsável: Sidnei José Casetto
3. Cargo/função: docente do Departamento de Saúde, Clínica e Instituições

### Esclarecimentos ao sujeito da pesquisa

A presente pesquisa “A imagem do corpo na Anorexia Nervosa” tem como objetivo investigar a imagem corporal de pacientes com anorexia nervosa do Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

Para o seu desenvolvimento serão realizados os seguintes procedimentos: observação de sessões de grupo do PROATA; registro posterior das sessões pelo pesquisador; e análise dos discursos.

Sua participação é voluntária e você não é obrigado(a) a participar deste estudo, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Você poderá fazer qualquer pergunta de esclarecimento acerca do estudo e da sua participação nele e, se tiver alguma dúvida, a mesma será esclarecida no decorrer do trabalho.

Seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique será revelado, nem mesmo na fase de conclusão e divulgação deste estudo. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro. Este estudo não oferece risco, uma vez que se trata de um estudo observacional.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Prof. Dr. Sidnei José Casetto que pode ser encontrado no endereço: Av. Alm. Saldanha da Gama, 89 Ponta da Praia - Santos/SP - CEP: 11030-400 Tel: (13) 3261-3324 / (13) 8113-0576. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

Acrescentamos que, após a conclusão da pesquisa, comprometemo-nos a divulgar os resultados, assim como apresentá-los em seminários, congressos e eventos afins e reafirmamos que o seu anonimato será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o identifique será revelado.

## Consentimento livre e esclarecido

Assinatura do paciente/representante legal      Data      /      /

Data      /      /     

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo                      Data    /    /

## **ANEXO D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA PAIS)**

Você, na condição de pai/mãe ou representante legal de (nome da criança ou adolescente) \_\_\_\_\_ está sendo convidado a participar da presente pesquisa intitulada “A imagem do corpo na Anorexia Nervosa”, que tem como objetivo investigar a imagem corporal de pacientes com anorexia nervosa do Programa de Orientação e Assistência a Pacientes com Transtornos Alimentares (PROATA) do Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo.

Na pesquisa serão realizados os seguintes procedimentos: observação de sessões de grupo do PROATA; registro posterior das sessões pelo pesquisador; e análise dos discursos.

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica Akemi Nakasone Peel Furtado de Oliveira, sob a supervisão e orientação do Prof. Dr. Sidnei José Casetto.

A participação da criança/adolescente é voluntária e ele(a) não é obrigado(a) a participar deste estudo, tendo o direito de sair da pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe cause qualquer prejuízo. Informamos que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Você poderá fazer qualquer pergunta de esclarecimento acerca do estudo e da sua participação nele e, se tiver alguma dúvida, a mesma será esclarecida no decorrer do trabalho.

O anonimato da criança/adolescente será preservado e nem seu nome ou qualquer outro dado que o (a) identifique será revelado, nem mesmo na fase de conclusão e divulgação deste estudo. Todos os dados do estudo serão guardados em local seguro. Este estudo não oferece risco, uma vez que se trata de um estudo observacional.

EU \_\_\_\_\_, (pai/mãe ou representante legal) da criança/adolescente acima descrita, recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e autorizo a participação da mesma(o) na pesquisa.

Declaro que também fui informado:

· Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa;

· De que a participação da criança/adolescente é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e nem para o atendimento prestado a criança/adolescente.

· De que não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, nem, tampouco, compensação financeira relacionada à sua participação.

· Da garantia que meu(minha) filho(filha) e eu não seremos identificados quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

· Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisador o Prof. Dr. Sidnei José Casetto que pode ser encontrado no endereço: Av. Alm. Saldanha da Gama, 89 Ponta da Praia - Santos/SP - CEP: 11030-400 Tel: (13) 3261-3324 / (13) 8113-0576.

· Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com o pesquisador.

Assinatura do representante legal

São Paulo, \_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



## **ANEXO E - TERMO DE ASSENTIMENTO (CRIANÇA/ADOLESCENTE)**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “A imagem do corpo na Anorexia Nervosa”. Declaro que a acadêmica Akemi Nakasone Peel Furtado de Oliveira, sob a orientação do pesquisador Prof. Dr. Sidnei José Casetto, me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer. Compreendi que não sou obrigado(a) a participar da pesquisa; eu decido se quero participar ou não.

A acadêmica me explicou também que ela participará dos encontros do grupo de terapia que frequento e não fará registros durante as sessões. Ela escutará nossas falas e observará os encontros para, por meio delas, entender como seria a nossa imagem corporal. Entendi também que os registros serão feitos apenas após o término dos encontros e só serão lidos e analisados pela acadêmica e pelo pesquisador.

Sei que a participação nesta pesquisa não envolve nenhum risco para mim, e também que não terei benefícios ou custos adicionais por ela.

Dessa forma, concordo livremente em participar da pesquisa realizada no grupo de terapia, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Assinatura do paciente

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_



## **ANEXO F – TRANSCRIÇÕES DAS REUNIÕES DE GRUPO OBSERVADAS**

### **TRANSCRIÇÃO GRUPO DE TERAPIA INTERPESSOAL – ENCONTRO 1**

**Data: 20/03/2012**

**Psicólogas: Psicóloga 1 e Psicóloga 2**

**Pacientes: Clara, Cecília, Luiza, Bruna e Paula**

**Observadora: Akemi**

Conheci as meninas que comporiam o grupo: Clara, Cecília, Luiza, Bruna e Paula. Este era o segundo dia que elas se encontravam, portanto, se apresentaram novamente e falaram sobre como estava sendo difícil vir ao grupo, pois mesmo tendo apoio dentro dele uma das outras, o grupo mexe com aquilo que não querem ver e isso dói. Clara, na sequência, fala um pouco de si, dizendo que é bastante controladora, pegando muitas responsabilidades e querendo ser a melhor em tudo. Essa fala causou muitos comentários, uma vez que muitas delas se identificaram com estas características. (Luiza principalmente) Tanto Luiza, quanto Clara disseram que se sentiam obrigadas a ter que tirar 10 sempre e, mesmo quando isso ocorre, se sentem burras.

Clara continua dizendo que seu marido está desempregado e ela se irrita muito pelo fato de que ele dorme muito, não parece se esforçar, correr atrás e parece não se importar com o fato de que ela tem que pagar tudo. Sua fala é bastante acelerada, quase contando tudo somente de uma vez, sem respirar. Ela diz que toda esta situação faz com que ela se sinta sufocada, muita coisa fica para ela resolver e ela diz não estar aguentando. Sua meta no grupo era a de tentar delegar tarefas para não se sobrecarregar demais, uma vez que ela destacava ser este seu maior problema. Ela quer conseguir delegar algo às outras pessoas, mesmo que não fique tão bom quanto se ela tivesse feito.

A menina é bastante perfeccionista e relutou até mesmo em completar esta frase, demonstrando talvez a dificuldade dela de não se responsabilizar por tudo achando que desta forma sairá perfeito. Luiza concordou veementemente, diz que prefere fazer tudo sozinha para ficar em seu padrão do que é bom. Diz não confiar que os outros fariam tão bem quanto ela e ela teria que corrigir depois, mesmo se atribuísse alguma tarefa a outra pessoa. Ambas concordam, entretanto, que este comportamento traz um grande sofrimento, pois sentem “carregar o mundo nas costas”, ficando sobrecarregadas e sentindo que não há nada que se possa fazer a respeito, pois não pedem ajuda... Afinal, a ajuda não faria tão bem quanto elas.

Clara conta também que se sente muito só em São Paulo. Ela morava em Brotas com a família e depois de se casar, mudou-se para SP com o marido. Diz que estar longe da família e sentir falta dela a perturba ainda mais, pois para ver sua família precisa de dinheiro e seu marido está desempregado e ela tem que pagar por tudo, não podendo se dar este luxo. A saudade de sua família a incomoda por lembrar-se de sua situação financeira, por pensar que escolheu se mudar com seu marido e que não está feliz com a situação financeira. Sua fala estava cada vez mais rápida, sem momentos em que a menina respirava, o que acredito ter instalado um clima de tensão no grupo. Todas pareciam atentas ao que ela falava.

Luiza aproveita a queixa de Clara de suas insatisfações e fala sobre a sua quanto ao seu emprego. Diz que não gosta de seu trabalho e que, por estar insatisfeita consigo, se afastou muito das pessoas, se fechando em casa, não ligando para ninguém. Diz odiar muito o seu trabalho e que isso a afeta em todos os outros campos de sua vida. Briga muito com a mãe pois sente que ela a trata como uma criança. Luiza diz sentir muita falta do pai e que era muito mais apegada a ele do que à mãe. Ele a protegia de tudo, ajudando com suas contas, acolhendo-a quando estava triste ou quando algo dava errado. Desde que ele faleceu não há mais quem a socorra quando não consegue dar conta de “problemas adultos”. Ela comenta ter compulsão por compras.

O tema do grupo se tornou as dificuldades que as pacientes passam em suas vidas e que as deixa mal, tristes e impotentes. Paula fala que, assim como Clara, não gosta de São Paulo, sentindo falta de sua cidade natal, o Rio de Janeiro. Diz que SP é muito diferente do RJ, que aqui está sem sua família, morando apenas com o marido, que trabalha todo dia e a deixa só em casa. Como fica sozinha e em casa o dia todo, passa o dia comendo, tomando muito laxante e vomitando. Diz estar mal porque se sente muito só e que seu marido muitas vezes brinca com ela e ela não entende suas brincadeiras, se sentindo ainda pior. Ele brinca e ela acha que ele está a criticando, voltando ao ciclo de comer e vomitar. Depois entende que não se tratava de uma crítica.

Cecília fala que muito do que a incomoda em sua vida também são as relações familiares. Ela diz comer muito quando fica ansiosa, dando o exemplo do que aconteceu com ela na semana anterior quando não conseguira comparecer ao grupo. Ela diz que ligou para o PROATA e como não conseguiu a informação de onde seria a reunião do grupo, acabou se perdendo. Ficou com muito medo de perder o tratamento e, por isso, comeu por todos os lugares que passou enquanto estava tentando achar o lugar do encontro com o grupo, caminhando por todas as redondezas Departamento de Psiquiatria parando em todas as lanchonetes e comendo (há bastante lugares para comer no entorno). Comia e chorava. Ela disse que comia em cada lugar um pouco para não chamar a atenção das pessoas de que estava comendo além do normal, de que estava tendo uma compulsão. Bruna a interrompeu e disse fazer o mesmo.

Cecília disse que ficou desesperada com o medo de ter estragado tudo. Ela conta que lutou muito para conseguir o atendimento, dizendo ter tentado se tratar de todas as formas, fazer todas as dietas, tomar todos os remédios. Há anos tenta conseguir uma vaga no PROATA, mandando até mesmo e-mails mal-educados falando que eles estavam esperando ela morrer para dar a ela uma vaga e atendimento. No e-mail disse que ela morreria e que eles iriam se

sentir culpados. Cecília disse que de todos os e-mails que mandou este foi o único que teve resposta, mal-educada por sinal, dizendo que ela não deveria brincar com estas coisas, que deveria levar a sério sua doença e o trabalho deles.

Por esperar por tantos anos o tratamento nesta instituição que diz ter ficado desesperada e valorizar tanto a sua vaga, pois já tinha “feito de tudo” e “estava depositando todas as suas fichas aqui”, segundo ela. Estava cansada de lutar contra a bulimia e já não aguentava mais. Esta era a sua última tentativa e a única que achava que seria capaz de ajudá-la. Diferente das outras meninas, Cecília fala que tem bastante amigos e diz também que é muito boa de memória, mas que utiliza isso para se sabotar. Ela diz que entra em sites e blogs pró e contra bulimia, para ajudar meninas que postam comentários de que precisam de ajuda. Entretanto, nestes sites ela encontra meninas que não querem melhorar e passam receitas para as outras do que fazer para vomitar mais, comer mais etc. Ela decora essas táticas, mesmo não sendo esta a finalidade que acredita entrar nestas páginas. Ela diz que se sente bem ao ajudar outras meninas com transtorno alimentar, mas que esta sua atitude é ruim, pois a prejudica aprendendo novos meios de induzir o vômito, como na semana em que ficou perdida e teve uma crise de compulsão a caminho do grupo. Ela havia lido que se misturasse mentos com coca vomitaria e fez isso ao chegar ao shopping após a compulsão.

Cecília chorava muito e dizia que se sentiu muito mal por ter feito isto, mas que as situações que a deixavam nervosa a levavam à compulsão e que, naquele momento, não conseguia ver outra saída. Ela diz que começou a passar mal no shopping e teve que pedir ao namorado que a ajudasse a voltar para casa, uma vez que tinha vomitado muito.

As psicólogas 1 e 2 não conseguiram falar muito neste encontro, pois as meninas pareciam muito ansiosas, atropelando muitas vezes as falas umas das outras para “vomitar” o que as afetava. As falas eram sempre rápidas, “vomitadas”, quase sem momentos para respirar e repetitivas, voltando sempre à temática das compulsões, vômitos, da tristeza, do

alívio que as práticas purgativas traziam de imediato etc. As psicólogas deixaram as pacientes conduzirem o grupo, pelo que percebi, pois este se tratava das sessões iniciais de vinculação. Após Cecília “desabafar”, elas disseram que o tempo havia terminado, mas que ficavam felizes por elas terem voltado. Lembram que havia algumas meninas faltando e pedem para que elas sempre avisem quando precisarem faltar.

## **TRANSCRIÇÃO GRUPO DE TERAPIA INTERPESSOAL – ENCONTRO 2**

**Data: 03/04/2012**

**Psicóloga: Psicóloga 1**

**Pacientes: Clara, Cecília, Luiza, Marisa e Carla**

**Observadora: Akemi**

O grupo começa um pouco agitado, com duas das pacientes bastante emotivas, Clara e Cecília, chorando bastante. A psicóloga 1 pede desculpas pela ausência da psicóloga 2 e explica que ela teve que comparecer à entrevista para tirar seu passaporte. Em seguida, pergunta às duas meninas que choram o que as está afligindo. Cecília fala rapidamente que não quer falar sobre isso, já Clara explica estar chorando devido a problemas de saúde. Ela reclama que há 1 ano está sem menstruar. Diz tomar remédios “para descer”, mas que isso não ocorre. Ela passa mal e fica só com os remédios no estômago. Percebo que as meninas olham para ela com um olhar que julgo ser de inveja, uma vez que a menina afirma estar ficando somente com remédios no estômago, não estar comendo e já é a mais magra delas. Ela continuou falando que passou a semana em “crise” e que depois do encontro do grupo pedira para conversar individualmente com a psicóloga 2. Ela disse que ficou mal até o meio da semana, mas depois desceu a menstruação. A psicóloga 1 pergunta se ela só atribuiria esta crise ao remédio, ao fato de que sua menstruação não vem.

A paciente respondeu que está se sentindo muito pressionada e que tem pensado muitas vezes que gostaria de voltar a ser criança. Ela não quer ser mais adulta se isto significa pagar as contas da casa e ter o marido desempregado. A psicóloga 1 conversa com ela perguntando a quem ela poderia pedir ajuda e a paciente diz que não sabe, pois não pode contar com o marido. Fala que há um mês e meio já não tem relações sexuais com ele e começa a chorar quando diz que ele é compreensivo e que a acaba ajudando. Ela diz que não

saem muito e ela percebe que está sempre irritada, “a ponto de explodir”. Elas conversam sobre a frustração que se enfrenta quando se quer mudar um sentimento, mas acabam caindo na mesma situação. A psicóloga sugere que ela estabeleça metas, como se cobrar menos, algo que ela mesmo havia falado que precisava fazer em um encontro anterior do grupo. Antes mesmo que a psicóloga termine a frase, Clara já a interrompe se justificando sobre como não consegue fazer isso. A psicóloga chama a atenção dela para isto e faz uma metáfora dizendo que poderíamos pensar que se a paciente está pegando sempre uma estrada chegará sempre a um mesmo destino. “Para ver outras paisagens ou chegar a um destino diferente, o que teria de ser feito?” - pergunta ela. Clara volta a chorar e volta a se justificar e se defender, dizendo que não sente vontade de fazer nada, não quer estudar, nem trabalhar.

As meninas perguntam se ela está tomando remédio e ela diz que sim. A psicóloga 1 diz que os remédios podem demorar a fazer efeito.

Clara diz que tem dias que quer mudar muito, mudar coisas em seu relacionamento, mudar tudo e ficar melhor. Entretanto, em outros não quer mais nada e quer largar tudo e voltar para sua cidade, para sua mãe e querer menos tudo. Ela diz oscilar muito entre estes dois extremos.

A psicóloga 1 pergunta para as outras meninas como elas ouvem tudo isso e elas prontamente respondem. Marisa pergunta à Clara se o marido dela a escuta e a menina diz que foi ela quem colocou na cabeça dele que tinham que sair de Brotas, para ele começar uma faculdade. Sendo assim, ela não acha certo pedir que ele volte para a cidade de onde vieram. A psicóloga lembra a paciente que as dificuldades podem estar ligadas à situação e não há um lugar em que tudo estará perfeito.

Marisa interrompe a psicóloga e fala com um tom de autoridade, talvez por ser casada também e ser mais velha que Clara. Ela diz que o problema de todas elas é que elas dão muita bola para o que pensam delas. Ela fala com bastante firmeza e Clara concorda com ela. Marisa

explica um pouco sobre si, diz que sempre fez muita dieta, emagrecia, ficava magra e sentia muita pressão quando engordava mesmo que fosse pouco. Conta que no seu trabalho percebe que dão muito valor à aparência e que tudo se torna motivo para fofoca. Ela explica que teve filho, engordou muito e ficaram falando sobre isso. Fala que além de sua própria cobrança (também revela ser muito perfeccionista), tem a dos outros de seu trabalho. (Marisa é profissional da área de saúde e trabalha no Hospital das Clínicas no pronto-socorro).

Ela conta que fez duas plásticas (abdômen e mama) e que o hospital todo ficou sabendo. Há dois meses colocou balão gástrico e não contou para ninguém só para que não houvesse mais cobranças. Entretanto, passou mal no trabalho e começaram a suspeitar. Diz que toda a fofoca e pressão a incomoda bastante. Diferente de Cecília e Clara, Marisa fala com uma postura firme e não chora.

Ela contou que em um dos episódios que passou mal em seu trabalho teve de contar ao médico que colocara o balão e agora muitas pessoas já a perguntaram sobre isso, o que a deixou bastante chateada e desmotivada de continuar se cuidando. Ela entrou de férias em meio a estas confusões e, na semana anterior, voltou a comer mais até que teve compulsões no fim-de-semana. Ela descreve que o seu comer compulsivo seria “beliscar” ao longo do dia, de 30 em 30 minutos, algo. Ela fala quanto estava pesando antes do balão, na semana anterior e depois das compulsões, o que revela uma fixação por se pesar constantemente. Ganhou pouco mais de meio quilo durante a semana, mas já foi suficiente para ficar mal.

A psicóloga aproveita o que foi contado por Marisa e diz que a mudança teria que vir de dentro para fora, diferente da saída da paciente de colocar o balão. Marisa concorda com ela, enquanto Cecília continua chorando.

Marisa continua falando, agora com a fala mais acelerada, parece se justificar depois do que foi dito pela psicóloga. Ela diz que “não consegue ter o click que precisa mudar”, que não está conseguindo racionalizar isto. Ela diz que como enfermeira sabe do risco que se



expõe ao comer demais depois da cirurgia do balão, mas que na hora que está triste não consegue pensar nisso, só em comer e se aliviar, “não pensar mais”.

A psicóloga destaca que a dificuldade que percebe que ambas trazem é a de como é difícil mudar e de como não podem esperar esta mudança de fora. Ela lembra que nenhuma está satisfeita com a vida que estão levando e este foi o motivo para começarem a frequentar o grupo, mas que todas estão se deparando em como é difícil pensar que cada uma é responsável por mudar sua própria vida. Elas olham a psicóloga e não a interrompem desta vez. A psicóloga continua dizendo que percebe que seria como se elas esperassem que a mudança fosse de fora para dentro, mas que no grupo elas teriam de mudar de dentro para fora e em pequenos passos. Diz a Clara que talvez ela não tenha que se mudar para Brotas, mas mudar seu grau de exigência e pensar “Por que será que tenho tanta dificuldade em lidar com as coisas do dia-a-dia?”

Carla ouve isso e começa a falar que assim como as duas, também sente que está na mesma. Percebo que, apesar da fala da psicóloga, a conversa volta pro mesmo ponto e Carla volta à fala de Clara que esta não se relaciona com o marido. Fala que ela também não se relaciona com seu marido e que também não dorme, tirando só cochilos em que tem pesadelos. Fala que não toma o seu remédio prescrito para dormir por não ter achado em nenhum lugar para comprar e mobiliza parte do encontro do grupo para que a ajudem a pensar num lugar que possa comprá-lo. Carla me chamou a atenção, pois fala sempre com um sorriso, quase como se estivesse contando algo positivo, ou uma vantagem em relação às outras. Fala que como não achou seu remédio nas farmácias, comprou vários laxantes e diuréticos. Esta fala me deixou bastante pensativa em como seria para as outras ouvir uma paciente como elas sorrindo e dizendo que comprara medicamentos purgativos.

Carla continuou descrevendo os demais campos que estavam ruins na sua vida. Ela diz que sua médica havia ficado de conversar com sua coordenadora sobre sua medicação, quase

como se isso a tornasse mais especial que as outras, já medicadas. Ela diz que quando pega no sono, todos já estão acordando e que isso faz com que sua relação com a comida piore ainda mais. Diferente das outras meninas, descreve com calma e com um leve sorriso sobre como está tendo mais compulsões, vomitando mais, tendo práticas estranhas, como observar o quanto vomitou e ver se corresponde ao que comeu. As meninas a olham e ouvem sem interrompê-la.

Ela diz que se sentiu acolhida no grupo, mas o grupo fez com que se sentisse culpada. Descreve que seria como se o conteúdo dos encontros fizesse abrir uma caixinha e libertasse seus medos. A fala dela me incomoda, pois parece ensaiada, teatralizada, como se fosse pensada e dita para compor uma personagem. Suas falas são elaboradas, ditas com calma e com um sorriso nos lábios, contrastando muito com o modo de falar das outras meninas, acelerado, quase falado num só suspiro, como se tudo que estivessem passando fosse demais para falar devagar e precisasse sair de uma só vez.

Percebo que a psicóloga não a olha com um olhar acolhedor como para Clara, nem com o olhar atento que direcionava à Marisa. A psicóloga permanece com uma feição desconfiada, como se algo a incomodasse na fala também.

Clara continua dizendo que no momento em que esta caixinha é aberta é que geralmente abandona os tratamentos. Sendo assim, estar lá naquele dia seria uma grande vitória, trazendo um grande sorriso no rosto. Reforça que apesar de toda sua sensação de nojo e culpa e do peso que carrega com relação ao seu irmão, conseguiu voltar. (O irmão dela já teria abusado sexualmente dela quando era criança)

A psicóloga propôs que começassem a pensar em como poderiam usar o grupo a favor delas. Ela comenta que Luiza está se escondendo atrás da mochila como se quisesse sair correndo assim que o grupo terminasse, ou como se protegesse de algo, como um escudo. A paciente dá risada e fala que se sente bem assim.

Neste encontro, a psicóloga sugere que façam uma atividade. Ela pede que todas se levantem e pede para Luiza que tenha uma atitude qualquer em relação a uma delas mas sem usar palavras. Luiza dá um abraço na psicóloga. Cecília continua e dá um abraço em Carla. Carla dá um beijo no rosto de Clara e esta retribui.

A psicóloga diz que irá incrementar o jogo e dá um empurrão forte em Luiza, que a empurra de volta com menos intensidade. Ela também aperta forte a mão de Clara, que retribui o aperto. E em seguida, a psicóloga dá um tapa em Cecília. Cecília estava com cara de choro e diz que estando como está naquele dia, choraria com este tapa e não retribuiria. A psicóloga diz que na vida às vezes damos algo bom, mas o outro não retribui. Ela deu um tapa e Cecília não reagiu de tão frágil que está, mas em geral o outro reage com uma reação nossa.

Marisa fala que é mais fácil reagir com pessoas que você não conhece, mas com as pessoas de casa ela não sabe. Se fosse um tapa de sua irmã, retribuiria, mas alguém que não conhece direito, ela toma mais cuidado, pensa mais antes de agir. A psicóloga chama a atenção delas para o fato de que por que será que a gente cuidaria menos dos vínculos que temos e mais dos vínculos que são mais superficiais? Por que cuidavam menos dos que eram mais próximos e eram mais cuidadosos com quem mal conheciam. Clara concorda que age exatamente assim e pensa a relação com seu marido, descontando tudo que acontece com outras pessoas em sua relação com ele.

A psicóloga continua questionando por que será que elas comem tanto às vezes. Clara responde rapidamente: “para não pensar em nada”. Percebo os olhares das outras para Clara. Elas parecem olhar como se não acreditassem no que ela diz, pois ela é bastante magra comparada às outras. Parecem não acreditar que ela comeria “muito”.

A psicóloga diz que pensar dói e isto se reflete neste início do grupo. Elas são convocadas a pensar mais e pensar no que não pensavam antes, o que causa mais dor e acabam comendo mais. Entretanto, não podem confundir com uma piora no quadro de

sintomas, mas sim com um aproximação daquilo que evitam olhar quando comem. Esta primeira fase é muito ruim, pois abrem o armário, veem toda bagunça que há nele e isso as assusta muito. Luiza diz que no início piorou, mas que graças ao grupo também está tentando pensar estratégias para não comer. Antes comia antes de dormir, agora lê. A psicóloga lembra que há outros meios de relaxar antes de dormir, que não precisa ser sempre a comida.

Carla diz que quer falar sobre algo. Conta que uma vez foi passear no rio com um vizinho e o avô dela. Eles eram muito carinhosos e ela disse ter visto uma figura paterna neles, deixando que fizessem o que queriam com ela. Ela diz ter contado para a mãe. Volta a contar os episódios com seu irmão, falando que ficava angustiada sempre que sabia que ficaria só com ele. Ela diz que não queria, mas não tinha forças para dizer não ou para lutar com ele, não sabendo se seria por ele ser mais velho que ela ou por ser seu irmão.

Carla volta a contar do caso com seu professor de música. Diz que sempre se sentiu burra nas aulas de música. Estava em um grau a menos do que deveria e tinha medo de reprovar e perder tudo que gostava. Ela diz que pensou depois do grupo da semana anterior e entendeu que na época ela pensou que era mais fácil deixá-lo pôr a mão do que ser reprovada de novo, mas chegou uma hora que não deu mais para pensar assim. Ela diz que entende que “meio que se prostituía” para ganhar a aprovação. Carla falou isto com naturalidade, como se fosse natural chegar a esta conclusão e que isto a isentava de qualquer culpa, como se fosse algo fora de seu controle. Ela usou estas palavras, ela “meio que se prostituía” para ser aceita na música e no grupo das meninas que estudavam com ela. Ela diz que nunca pertencera ‘a nenhum grupo “normal”, como ela é’.

A psicóloga chama a atenção dela para o fato de que ela pode ter confundido dificuldade de afeto com sedução e que ela pode não ter agido tão inocentemente, mas premeditado que estava seduzindo. Mais uma vez a psicóloga é dura com ela, para tirá-la de sua atuação e das falas prontas. Ela pergunta a Carla se agora entendendo as coisas ela não

pode agir diferente. “Será mesmo que ela tinha medo de ser reprovada na música ou seria medo de se testar, de testar suas capacidades e isso faz com que ela fique presa a essas justificativas?”, questiona a psicóloga. Ela é dura com ela e fala com um tom de voz áspero se Carla vai escolher paralisar sua vida por mais 30 anos com essas mesmas desculpas, pois para que ela seja feliz exige que ela pelo menos se dê a chance de buscar agir de forma diferente. Como se não ouvisse ou não prestasse atenção no que a psicóloga acabara de falar, ela continua seu discurso dizendo que acaba deixando seu filho sempre de lado. Ela fala isso com a mesma imparcialidade e como se a fala da psicóloga não a afetasse.

Marisa ouve tudo isso e fala que não sabe como ela tem depressão tendo um filho, pois seu filho não lhe dá espaço para ter depressão. Ela passa o tempo todo com ele, ou ficando brava com ele e isso não lhe dá muito espaço para pensar em seus problemas, o que talvez seja bom. Ela sugere que se Carla desse mais atenção ao seu filho não teria tempo para ficar remoendo tudo que passou. Marisa fala em tom de brincadeira que ela poderia aproveitar para comer direito com o seu filho. Carla a corta e diz séria que não pode fazer isso, pois por sentir fome não gosta nem mesmo de ter de alimentá-lo, evitando estes momentos. A psicóloga fala para ela que ela não se permite comer e seu filho que tem que pagar o pato por isso.

A psicóloga continua pensando com as pacientes que elas têm pouco espaço na vida para o que lhes dá prazer e poderiam buscar coisas que fossem boas para elas. É como se não houvesse espaço para coisas boas.

Ela continua explicando que a medicação para o tratamento é importante, mas é apenas parte deste. Outra parte poderia ser pensar em como podem ter prazer em vez de pensar somente em peso ou comida. Pensando no que ela tinha falado da estrada que leva para um mesmo caminho, ela propõe pensar em como poderiam pegar outro caminho.

Marisa diz que é mais fácil ir pelo caminho que já conhecem e a psicóloga a questiona se este caminho a está fazendo feliz. Clara fala que a dificuldade está em começar, mas que depois tudo vai bem, como passear com o marido, o sexo, a academia etc. Pensando nisso a psicóloga diz que talvez um bom jeito seria pensar no “depois” para tornar o arranque menos sofrido. Ela propõe que indo pelo mesmo caminho se privam de coisas que poderiam ser boas e acabam nem as conhecendo.

Marisa pergunta se não seria um tipo de masoquismo que vivem, pois quando fazem suas práticas de comer compulsivo e purgar seria tão bom. Será que não seria masoquista, pois tem prazer com isso.

A psicóloga responde que percebe que todas no grupo não se permitem dar coisas boas a si, mesmo nas relações, elas escolhem se fixar naquelas que mais as fazem sofrer, valorizando o que já está ruim. Elas fixam no que faz mal, que já conhecem. Ela propõe que como tarefa as pacientes tentem pensar em meios de como podem aliviar o que está tão pesado em suas vidas, como poderiam se dar coisas ou usufruir de coisas que não se permitem. Ela diz que está doendo para todas elas, mas que é preciso desarrumar o armário para depois arrumá-lo.

Para finalizar o grupo, a psicóloga pede para elas resumirem rapidamente, em uma palavra se possível, o que ficara do grupo de hoje. Clara diz “esperança”, Cecília diz “força”, Luiza, “realidade”, Marisa diz “expectativa boa e ruim, ainda não sei” e Carla diz “tentar fazer diferente”. A psicóloga sugere que ao menos pensem em coisas que poderiam mudar e todas se despedem.

## **TRANSCRIÇÃO GRUPO DE TERAPIA INTERPESSOAL – ENCONTRO 3**

**Data: 10/04/2012**

**Psicólogas: Psicóloga 1 e Psicóloga 2**

**Pacientes: Bruna, Luiza, Paula, Cecília, Clara e Carla**

**Observadora: Akemi**

A psicóloga 1 inicia o grupo perguntando à Bruna por que ela não havia comparecido nas duas semanas anteriores. Ela responde que não veio porque não queria pensar em coisas ruins e o grupo fazia isso uma vez que ela tinha que falar. Era mais fácil em sua casa, onde ela come, vomita e não tem que pensar em nada, não pensa nas coisas ruins. Ela reforça dizendo que não veio porque não queria pensar. A psicóloga pergunta, então, qual poderia ser uma saída para isto e a menina responde que além de vomitar, ela poderia se cortar.

Assim como Carla, Bruna fala esta última parte com um leve sorriso nos lábios. Ela havia permanecido com a cabeça baixa desde o início do grupo, levantando-a apenas para falar dos cortes. A psicóloga 2 fala que estas seriam saídas somente provisórias, mas Bruna diz que não teria problema, pois preferia viver “no faz de conta”, que isto é bom, menos doloroso. Ouvir cada uma das meninas falando faz com que ela se volte para a sua própria dor e tem que se deparar com aquilo que dói para ela e o que está ruim. Isso dói e não quer fazer. Uma das psicólogas diz que não conseguem mexer, nem ajudar até que toquem naquilo que dói para poderem mudar, mas isso faz com que a menina abaixe novamente a cabeça e fique quieta. Bruna falava com a voz bastante mansa até mesmo de que se corta, não esboçando reação de emoção no semblante, o que me chama bastante a atenção.

As psicólogas pedem que as meninas ajudem a recapitularem a sessão passada e elas o fazem, falando que foi sobre como poderiam escolher outro caminho para chegar num lugar diferente. Luiza diz que diferente disso, o que a marcou no encontro passado foi a parte de

que elas poderiam não se fazer de vítimas e diz que o grupo foi bom para que ela pudesse superar alguns medos. Elas descrevem o exercício feito com a psicóloga 1 e Cecília lembra do tapa que levava da psicóloga. Falou que depois disso ficou muito tempo pensando que passara muito tempo parada só apanhando e começou a questionar se precisava continuar assim. Ela levanta a dificuldade que enfrentou na semana anterior (semana da páscoa), e como é difícil se satisfazer apenas com um ovo, dizendo querer a fábrica inteira. Luiza comenta sobre uma piada que ouviu que gordo quando come em público faz com que todos fiquem olhando e diz que tem essa impressão, comendo sempre escondido.

Cecília começa a falar que até a semana passada estava bem. Só que no meio do caminho ao encontro do grupo na semana anterior acabou parando em todas as paradas para comer. Lembrei que na semana anterior Cecília chorou muito durante todo encontro. Ela concluiu falando que viu que havia um caminho diferente e estava melhor, mas era um caminho inseguro, não sabia onde daria, então fracassou e voltou ao caminho que conhecia. Ela enxerga o grupo como um novo caminho que está tentando buscar, mas que também traz inseguranças. Entretanto, não está sozinha e as meninas concordaram com ela quando falou isto. Cecília fala que está tentando mudar seu olhar, mas ainda tem medo de mudar e deseja às vezes que pudesse ser “anoréxica, raquítica”. Olhei para ela e lembrei do que ouvira numa mesa redonda do Congresso de Medicina da UFSCar sobre transtorno alimentar: o sonho de toda bulímica é ser anoréxica. Se na bulimia, a paciente carregava todas as frustrações de ceder à comida, vomitar e não ter o corpo ideal, a anoréxica seria vista como vitoriosa, não cedendo a nenhuma tentação e conseguindo não comer.

Uma das psicólogas falou então que a mudança com relação à comida seria a última coisa a mudar, sendo apenas a ponta do iceberg e a menor parte do problema delas, mas seria a parte que conseguem ver hoje, que está para fora do mar.



Luiza fala que pôde perceber que a nutricionista pensa desta forma. Ao ir à consulta, diz que esperava que ela passasse uma dieta, ou que lhe pedisse um diário alimentar, mas se surpreendeu com o fato de que a profissional se propôs a pensar com ela o porquê de suas compulsões e que sentimentos estavam associados a elas em vez de pensar só nas refeições em si. A nutricionista disse que seu tratamento não seria com base em nenhuma dieta, mas em conversas para que, juntas, pudessem pensar por que ela precisava comer tudo aquilo quando tinha as compulsões.

Marisa retoma a questão das psicólogas sobre o que havia ficado do último encontro e fala que para ela o que ficara era a questão de se fazer de vítima, pois pôde ver que é isto que está fazendo em sua vida. Ela disse que está fazendo muito pouco no seu emprego, que não sai deste que está, mas que sabe que poderia fazer muito mais. Ao mesmo tempo em que diz saber que aquilo não a satisfaz mais e que precisa sair de lá, viu que estava se colocando no lugar de vítima, como se não houvesse outra opção. Ela viu que aquilo (seu trabalho no PS) era muito pouco, que estava ficando com muito pouco e cabe a ela por um basta nisso. Ela revelou que pensa que uma estratégia é se por limites e sugere que tem até o final do ano para sair do seu emprego e voltar ao mestrado.

A psicóloga diz que é bom que elas possam enxergar que têm mais opções do que achavam. Com o grupo, ela espera que as pacientes comecem a pensar qual lugar que querem ocupar em suas vidas, em vez de se contentar com o que dão para elas. Marisa falou com bastante firmeza, mas fiquei com a impressão que se trata de um discurso bonito, mas que exigirá bastante esforço dela para por em prática. Percebo que as pacientes oscilam bastante, em uma semana achando que tudo está muito difícil e que seria mais fácil não pensar e em outra, elogiam o grupo e se comprometem com muitas mudanças. Ouvindo suas falas quanto às dificuldades e resistências à mudança, percebo que não consigo acreditar às vezes quando trazem algo bom ou relativo à mudança.

Luiza disse já se considerar uma vitoriosa por ter conseguido parar de tomar laxantes, mas sabe que precisa parar de vomitar e que não está mais aguentando este comportamento. Noto que depois da fala de Luiza “não consigo parar de vomitar” ocorre uma pausa grande e ninguém fala. Penso que seria por esta ser uma fala que diz muito sobre todas. Vomitar resolve o não pensar no momento que o fazem, mas traz um desconforto depois e um sentimento de vergonha atrelado a ele. A fala de Luiza calou a todas e criou uma tensão no grupo, que nenhuma paciente inicialmente ousou interromper. A maioria delas não aguentava mais ter que comer e vomitar para não pensar, não sofrer. Aquela fala trazia muito incômodo, pois falava sobre todas elas, não apenas Luiza.

Fiquei olhando os rostos e eles pareciam ter murchado, ou ficado sem ter o que falar, exceto o de Carla. Ela olhava para as meninas, como que se pensasse: “ninguém vai falar... Então posso falar?”. Aquelas palavras pareciam não tê-la afetada como afetara as demais e ela interrompe o silêncio falando que queria falar sobre a sua semana. Percebi o contraste que havia entre a fala de Luiza, que parecia unir todas as pacientes mostrando que tinham uma dor comum, e a fala de Carla, que parecia chamar a atenção para a sua dor, distanciando-a das demais. Ela começa falando que fora parar duas vezes no PS naquela semana, pois teve “uma crise surreal”.

Ela continuou falando que já tinha tido estas crises e que, inclusive, já havia conversado com Bruna pela internet sobre elas. Fiquei pensando o quanto estas duas pacientes se destacavam das outras e se pareciam mais entre si, ou pelo menos era o que Carla queria que acreditássemos. Bruna era a mais nova do grupo e a que menos falava no grupo, falando apenas quando solicitada. A menina trazia uma história de vida bastante pesada com relação aos pais e à sexualidade. Não sei até que ponto Carla e Bruna eram parecidas e se distanciavam das outras, ou até que ponto isto era algo sugerido por Carla, por

saber que esta era talvez a paciente mais regredida do grupo, mais frágil, segundo a opinião das psicólogas.

Carla disse que comeu muito, mas não ovo de páscoa. Havia tido compulsão comendo três “miojos” e mais outras coisas, descrevendo tudo como “foi muita compulsão”. Incomodome novamente com o fato de Carla dizer isto sorrindo, quase dando risada, como se estivesse contando algo que não estivesse ligado a um sofrimento. Ela continuou dizendo que vomitar e tomar laxante não foi suficiente, pois havia comido demais. Seu mal estar não cessou mesmo após a purgação e acabou se cortando na barriga. Seu marido a socorreu e levou no PS. Chegando lá, disse ter sido atendida por um médico que a olhou e disse “o que é que eu faço com você?”, abrindo um sorriso para contar isso como se fosse motivo de orgulho que nem mesmo o médico sabia o que fazer com ela. Segundo sua história, ela respondeu ao médico que ele deveria dar a ela diazepam injetável e ele prescreveu conforme a solicitação, prescrevendo também o diazepam oral. Ela disse que vomitou toda a medicação e teve outra “crise”, se cortando novamente na barriga.

Ela comenta que antes se cortava apenas no braço e genitália, mas que agora sentia que devia se cortar na barriga. O marido a levou de volta ao PS e ela disse que o mesmo médico a atendeu, dando desta vez apenas o diazepam injetável, como ela havia sugerido desde a primeira vez.

Tanto a história, quanto a atuação de Carla durante ela não me convenceram. Em minha opinião, não sei se a história de ela ter se cortado neste fim de semana de fato existiu, mas acho bastante improvável que um médico perguntasse ao paciente o que ele deveria fazer e que aceitasse sua sugestão. Além disso, ao prescrever algo diferente do que a paciente ordenara, ela volta a se cortar, como uma forma de mostrar para este médico que ele deveria tê-la ouvido, que ela sabia mais do que ele sobre si e que, portanto, de nada valia ir contra o que ela dizia. Esta história parecia não uma forma de ela desabafar às psicólogas e ao grupo o

que se passara e relatar um mal estar como sugeriu no início de sua fala, mas um meio de deixar implícito de que ela estava no controle e que, caso algo fosse diferente do que ela gostaria, ela daria um jeito para fazer que tudo acontecesse do seu jeito, pois ela sabia mais que o médico, talvez mais do que as psicólogas.

Carla descreve sua história logo após um momento em que Luiza expõe seu sofrimento com relação aos vômitos e mobiliza as demais meninas do grupo, aproximando-as e unindo-as perante um sofrimento comum. O relato de Carla parece se impor dizendo que vomitar não seria nada, pois para ela vomitar e tomar laxantes não seria suficiente, precisando se cortar. Sua dor não é igual a das outras, é diferente, maior e mais dramática, mobiliza o marido, o médico do PS e agora o grupo. Carla conta tudo isso como se fosse algo em que triunfasse, chegando a rir no meio de seu relato.

Ela continuou dizendo que acredita que o diazepam lhe “deu estrutura”, mas que vir no grupo faz com que ela se puna novamente por estar mexendo em seus problemas e sem estar medicada pela psiquiatra do PROATA.

Percebo que tanto as meninas, quanto as psicólogas não fizeram comentários perguntando se ela estava bem, ou algo no sentido de acolhê-la. Carla continuou dizendo que como está sem remédio, ela se pune. Antes de acontecer estas suas “compulsões surreais”, seu marido a havia procurado para transar e ela diz que fingiu o orgasmo, se sentindo violentada, mas fazendo apenas porque queria aliviá-lo. Por ter feito isto, veio a culpa e disse que concluiu que não consegue mais ter prazer. Ficou pensando nisso e tentou se masturbar, gozou e ficou ainda pior, comendo tudo o que havia na geladeira, pois “precisava tampar o vazio, aliviar a culpa”. Carla falou também que era muito difícil vir no grupo e que precisava por limites nas pessoas e para si. Fala que não está conseguindo se controlar por estar sem remédio e que com a medicação sabe que fica calma, que ela dá a calma, dá uma base e a deixa dormir. E que se dorme sem a medicação só sonha com tsunamis.

Durante a fala toda de Carla fiquei olhando para as psicólogas, pois elas não a cortaram. Com o término da fala da paciente, fez sentido deixar com que ela concluísse. No final de sua história, Carla diz que tudo aconteceu por estar sem a medicação, como o que acontecera no fim de semana. Quando o médico não a obedeceu, ela voltou a se cortar, pois ela sabe o que faz com que ela melhore. Ela estaria sugerindo que isto também valeria para o tratamento no PROATA. Ela foi parar no PS e vem se sentindo culpada por não estar tomando remédio. Se eles prescrevessem o que ela quer, ela ficará mais calma e tem certeza disso.

Fico pensando se as psicólogas ficam tão admiradas com as explicações de Carla quanto eu e talvez por isso não a tenham cortado ou interrompido antes, para ver até onde ela chegaria.

No momento que Carla descreve os tsunamis volta a falar em como tem compulsões horríveis e Cecília começa a chorar. Penso que talvez ela chorar após esta fala revele o quanto as compulsões estão presentes também em seus dias e a estejam consumindo.

Carla fala que seu filho percebe e fala para ela quando ela vai “tossir no banheiro”, ainda sorrindo. Carla diz que comer de três em três horas para ela é muito fácil, com um tom de sarcasmo, parecendo desmerecer os esforços de Luiza com sua nutricionista. Entretanto, fazer as refeições em períodos regulares não a impede de ter as compulsões. E continua contando que quando as tem, se corta na genitália com uma pinça. Apesar de não terem feito interrupções, uma das psicólogas pergunta espantada como seria isso. A paciente diz que vai arrancando os pelos com a pinça e quando não tem mais começa a cortar a pele. A psicóloga questionou, então, se não há dor na transa devido aos cortes. Carla voltou atrás e diz que não se corta tanto assim e entra em contradição. Ela desmonta o sorriso quando a psicóloga expõe esta contradição e se defende trazendo novamente a história de seu irmão, dizendo que vê o rosto dele em seu marido quando estão transando. Carla parece tentar chocar a todo

momento e parece que, caso algo entre em contradição, ela sempre pode contar algo pior para tomar de volta o controle.

Uma das psicólogas a questiona que se a questão é tão grave assim e leva ela a se cortar, se ela não poderia conversar com o marido e não transar, pôr este limite. Carla diz que poderia até falar com ele, mas que não quis, pois quer que ele tenha prazer. A psicóloga retruca e pergunta de forma dura se é só ele que queria ter prazer. Se ela também não queria, mas que não admite isso. Se ela não queria ter prazer, por que se masturbava? Carla concordou do mesmo modo que fez em uma sessão anterior sem se exaltar e sem demonstrar incômodo algum diante das perguntas da psicóloga. A psicóloga disse então que Carla “não se dá saída”, julgando sempre suas próprias ações como ruins, vetando tudo, não se permitindo tentar nada. A psicóloga ainda diz de forma bastante clara que o problema de Carla seria que se ela goza está ruim porque vê que está normal e se não goza, se pune porque não é normal. Ela continuou falando que Carla parece buscar se vitimizar sempre, mesmo quando as coisas não dão errado ela tem que dizer que é sofredora e que não há outra saída e que tudo deu errado. Se ela se depara e aceita que gozou e que tem capacidade de ter prazer, ela poderia olhar e pensar sobre como poderia ter prazer com seu marido. Se ela vê que é normal vai ter que olhar e ver que há algo diferente de “tudo errado”. Carla ouve tudo isso com uma feição imparcial, sem esboçar nenhuma reação, percebo até mesmo um vazio em seu olhar, como se atravessasse a psicóloga e chegasse até mim. Não consigo entender como ela pode se fechar e não se deixar afetar por nada que dizem a ela. Ela parece estar presente apenas quando lhe interessa no grupo, conseguindo nem mesmo se deixar atingir com a fala da psicóloga. As outras pacientes parecem ouvir mais sobre Carla do que ela mesma e não conversam paralelamente, apesar de eu mesma me sentir cansada pela “monopolização” de Carla no grupo.

Ao perceber que suas pontuações não suscitaram nenhum comentário de Carla e fizeram com que ela se calasse, uma das psicólogas direciona a fala para todas as pacientes e diz que sempre as compulsões estão associadas com algo que está dentro delas, não são desconectadas de um motivo, de uma dor. Se elas tem, não seria “do nada”, mas sim porque algo se passou e te provocou a pensar nisso (ou seria a não pensar nisso?). A psicóloga 1 explica para as meninas que esta conexão está se dando desta forma, mas que não precisa ser assim para sempre. Se elas conseguirem fazer esta conexão e se ouvir, podem pensar em maneiras de agir diferentes.

Ao ouvir tudo isso, Cecília, que já vinha chorando desde as falas de Carla sobre compulsões, “explode” e começa a falar de forma acelerada e alto que piorou muito com o grupo. A menina parecia desesperada, chorando muito e parecendo sofrer quando assumia esta piora. Cecília disse que estava vomitando muito, muito mais, que se via muito pior. Ela disse que parecia que tinha surtado. Tinha a cobrança de mudar do grupo e de sua família e ela se cobrava de como ela iria mudar. A paciente continuou falando que todas essas cobranças a levaram a “surtar”, tendo muitas compulsões, alternando a elas momentos em que fazia muita privação, desmaiando até mesmo de fraqueza. Ela disse que mesmo tendo desmaiado e parado no hospital, fugiu de lá para não tomar soro, pois isso a engordaria mais ainda. Cecília contava tudo chorando muito, como se cada confissão fosse muito dolorosa para não ser feita, mas muito pesada para ser encarada quando saía de sua boca. Disse que descontou em todos de sua família e todos que estavam por perto, “como um tsunami” (A figura escolhida tanto por ela, quanto por Carla, me chamou a atenção. Enquanto Carla relata que os tsunamis estariam sempre em seus pesadelos, Cecília escolhe a mesma imagem para dizer que ela era um tsunami, destruindo a todos).

Cecília disse que até mesmo quando dormia seu cérebro pensava em como ela era gorda e em como seria bom ser magra, lembrando que ela tinha sido e que se sentia desesperada de pensar que não era mais.

A psicóloga a interrompeu falando que ela está se sentindo assim porque é um volume muito grande de coisa que tem que mudar e ver esse volume imenso de coisa faz com que pensem que não vão conseguir dar conta de nada, não vão conseguir fazer nada. Cecília retruca dizendo que para mudar só se ela fosse outra pessoa. Ela diz que se sente frustrada porque antes conseguia passar muito tempo sem comer nada e, quando tinha compulsão, conseguia vomitar tudo. Hoje, ela diz que não faz mais jejum e tem a compulsão e fica pior ainda porque continua se sentindo cheia depois de vomitar. No começo deste encontro, Cecília havia falado que queria ser anoréxica, raquítica. Lembrei novamente do comentário que eu havia ouvido no Congresso, pois era assim que Cecília estava se colocando novamente.

A psicóloga coloca que talvez não seja a comida o problema de Cecília, mas que toda esta comida estava representando algo... Haveria algo por trás de toda a sua compulsão. Ela perguntou para a paciente como estava o seu trabalho, os pais, o namorado etc. Cecília suspirou e disse que no seu trabalho estava ruim porque todas as pessoas com quem trabalhava eram magras e ainda assim ficam reclamando que não estão bem, o que a revolta ainda mais. Ela diz que suas colegas de trabalho acham que bulimia é frescura e que isso a incomoda muito, pois além de ter uma frescura, ainda é gorda. Cecília é assistente comercial em uma loja de roupas, cuidando da parte de cartão de crédito, trabalhando na ponte entre o cliente e a financeira. Ela diz que se sente muito perseguida e sempre que ouve uma crítica direcionada a alguém mais gordo, pensa que seria para ela.